Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 288 del 10 dicembre 1998 - Serie generale

Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Giovedì, 10 dicembre 1998** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI VIA ARENULA 70 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO LIBRERIA DELLO STATO PIAZZA G. VERDI 10 00100 ROMA - CENTRALINO 85081

N. 201

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 23 luglio 1998.

Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000.

SOMMARIO

Parte II: Le strategie per il cambiamento:

LEGGI, DECRETI E ORDINANZE PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 23 luglio 1998.

Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che demanda al Governo la predisposizione e l'adozione del Piano sanitario nazionale, sentite le Commissioni parlamentari permanenti competenti per materia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome;

Visto l'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Visto l'art. 3, comma 1, lettera *a)* della legge 15 marzo 1997, n. 59;

Visto l'art. 115, comma 1, lettera *a)* del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, che conserva allo Stato l'adozione, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano unificata con la Conferenza Stato città ed autonomie locali, del Piano sanitario nazionale;

Vista la preliminare deliberazione adottata dal Consiglio dei Ministri nella riunione del 15 maggio 1998;

Acquisito il parere delle Commissioni parlamentari della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

Preso atto dell'intesa intervenuta nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano unificata con la Conferenza Stato città ed autonomie locali nella seduta del 9 luglio 1998;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 16 luglio 1998;

Sulla proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri per la funzione pubblica e gli affari regionali e del tesoro, del bilancio e della programmazione economica;

Decreta:

Art. 1.

È approvato il Piano sanitario nazionale 1998-2000 nel testo risultante dall'atto di intesa tra Stato e Conferenza unificata, di cui all'allegato.

Il presente decreto sarà trasmesso alla Corte dei conti per la registrazione e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Dato a Roma, addì 23 luglio 1998

SCÀLFARO

PRODI, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

BINDI, *Ministro della sanità*

BASSANINI, *Ministro per la funzione pubblica e gli affari regionali*

CIAMPI, *Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica*

Registrato alla Corte dei conti il 3 novembre 1998
Registro n 2 Sanità, foglio n 95

PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000

Un patto di solidarietà per la salute

Un patto di solidarietà per la salute

LA SALUTE COME BENE FONDAMENTALE

La salute è un bene fondamentale per la persona e per la collettività.

Un sistema di servizi sanitari equo ed efficace è un determinante essenziale, anche se non esclusivo, per garantire la partecipazione alla vita sociale e l'espressione delle capacità individuali a tutti i cittadini, nel rispetto del principio di uguaglianza delle opportunità all'interno dell'intera collettività di cittadini.

La garanzia di uguali opportunità di accesso ai servizi sanitari rappresenta l'obiettivo principale del Servizio sanitario nazionale (Ssn) e l'elemento fondamentale che ne determina la forma di finanziamento e i criteri di organizzazione.

Il finanziamento attraverso la fiscalità generale, la distribuzione dei servizi secondo criteri di equità, la gratuità al momento del consumo rappresentano le tre condizioni necessarie (ancorché non sufficienti) per impedire che barriere finanziarie, geografiche o sociali ostacolino l'efficace fruizione del diritto alla salute.

UNIVERSALISMO, EGUAGLIANZA E SOLIDARIETÀ

I principi fondamentali dei sistemi sanitari di tipo universalistico, ai quali si ispira il Ssn, sono:

1. *universalità di accesso.*
   L'accesso ai servizi sanitari non deve essere subordinato alla verifica di criteri di eligibilità "sociale" né di disponibilità finanziaria, ma soltanto alla valutazione professionale della necessità di interventi sanitari.
2. *eguaglianza nella accessibilità ad un ampio spettro di servizi uniformemente distribuiti.*
   L'eliminazione di barriere geografiche all'accesso deve essere garantita dalla programmazione territoriale dei servizi, mentre la gratuità al momento del consumo deve assicurare la rimozione di eventuali barriere economiche alla utilizzazione dei servizi.
3. *condivisione del rischio finanziario.*
   Il sistema di finanziamento deve garantire che il contributo individuale sia indipendente dal rischio di malattia e dai servizi ricevuti, ma determinato esclusivamente dalla capacità contributiva.

UN SSN SANO

Le evidenze internazionali dimostrano che i sistemi sanitari ispirati a questi principi non solo producono maggiore equità sociale, ma permettono anche un migliore controllo della spesa sanitaria.

Il sistema sanitario del nostro Paese ha contribuito in modo significativo al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione. I principali indicatori di salute, quali la mortalità infantile e perinatale, e l'aspettativa di vita pongono l'Italia ai primi posti nel mondo, ben al di sopra di molti paesi che dedicano alla sanità una quota più alta del loro Prodotto Interno Lordo (Pil).

In Italia, la quota di risorse finanziarie complessivamente destinate alla sanità, sia in rapporto al Pil sia in termini pro-capite, è nella media dei paesi dell'Ocse, inferiore a quella impegnata dai paesi europei a più elevato sviluppo economico e molto più bassa di quella osservata in Usa e Canada.

LA NECESSITÀ DEL CAMBIAMENTO

Il Ssn presenta tuttavia necessità di cambiamento e opportunità di miglioramento.

L'elevata frequenza di cittadini che si dichiarano insoddisfatti di numerosi aspetti del Ssn impone l'individuazione di modelli di risposta più adeguati alle crescenti aspettative della popolazione.

L'esigenza di rispettare i vincoli imposti dagli obiettivi di risanamento della finanza pubblica, esigenza resa più stringente dai parametri fissati dall'Unione Europea, richiede uno sforzo di tutti gli attori del sistema sanitario volto al miglioramento dei livelli di efficienza del sistema.

La necessità del cambiamento non è peraltro soltanto italiana né è un problema semplicemente congiunturale. La riforma dei sistemi sanitari e un fenomeno mondiale. Negli ultimi dieci anni, i governi di tutti i paesi del mondo hanno tentato di ripensarne i principi generali. Anche il Ssn italiano ha partecipato a questo vasto, e spesso incoerente, movimento di riforme. Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 costituisce un momento fondamentale di tale processo, in concomitanza con il dibattito sulla revisione del d. lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni.

Il cambiamento è reso necessario da fattori endogeni al sistema sanitario (come l'innovazione tecnologica e lo sviluppo delle conoscenze scientifiche, relative alle possibilità di trattamento così come alle forme di organizzazione dell'assistenza) e fattori esogeni (come la dinamica demografica e i mutamenti sociali).

Tale cambiamento non si esaurisce in una maggiore produttività, ma richiede un profondo ripensamento della organizzazione e del funzionamento del Ssn nel suo insieme. La riorganizzazione dei servizi da sola non basta; sono anche necessari interventi esterni al sistema, che possono avere un impatto sulla salute pari, o addirittura superiore, a quello dei servizi sanitari.

UN SISTEMA NAZIONALE, CHE VALORIZZA LE RESPONSABILITA REGIONALI E AZIENDALI

Un sistema sanitario moderno, che guarda al terzo millennio, non può ritornare ai modelli degli anni '70 né può limitarsi alla transizione degli anni '90, ma deve svilupparsi promuovendo la collaborazione dei diversi livelli di responsabilità in modo da realizzare un sistema al contempo autenticamente nazionale e locale.

Nazionale, in quanto capace di garantire livelli di assistenza uniformi sull'intero territorio e all'intera collettività di cittadini, assicurando servizi accreditati secondo criteri uniformi, sia per gli aspetti strutturali sia per quelli organizzativi.

Locale, in quanto valorizza le responsabilità regionali e aziendali nella programmazione, nella produzione e nella erogazione dei servizi sanitari.

E' quindi necessario proseguire e rendere più incisivo il processo di regionalizzazione e di aziendalizzazione del sistema, improntando il servizio sulla collaborazione fra tutti i livelli del Ssn, oltre che fra il Ssn stesso e le istituzioni e i soggetti sociali con i quali interagisce.

UN PATTO DI SOLIDARIETA PER LA SALUTE

Il contesto sociale mutevole e complesso pone l'esigenza di avviare nel Paese un vero e proprio *patto di solidarietà per la salute,* che impegni le istituzioni preposte alla tutela della salute e una pluralità di soggetti: i cittadini; gli operatori sanitari; le istituzioni; il volontariato; i produttori, non profit e profit, di beni e servizi di carattere sanitario; gli organi e gli strumenti della comunicazione; la comunità europea e internazionale. I risultati di salute non dipendono infatti solo dalla qualità tecnica delle prestazioni, ma trovano radici più profonde nella responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e nella loro capacità di collaborare.

IL PATTO CON I CITTADINI

La promozione della salute non può prescindere dalla maturazione di una coscienza civile e dalla assunzione da parte di tutti i cittadini di una responsabilità personale diretta e consapevole nei confronti del proprio benessere fisico, psichico e sociale, in termini di diritti così come di doveri, avvalendosi di tutti gli organismi di partecipazione e concertazione utili per una gestione territoriale della salute.

IL PATTO CON GLI OPERATORI

La valorizzazione delle competenze e delle disponibilità professionali ed umane degli operatori del Ssn rappresenta uno degli obiettivi fondamentali del PSN 1998-2000. Gli operatori sanitari sono lo strumento essenziale per assicurare il buon funzionamento del servizio, l'efficacia degli interventi e la soddisfazione dei cittadini. L'umanizzazione del rapporto medico-paziente e di tutte le situazioni di incontro fra cittadini e Servizio sanitario nazionale è la strada prioritaria per realizzare il patto di solidarietà per la salute. Gli sforzi in questa direzione costituiscono un investimento etico, qualificano la relazione terapeutica e la rendono più efficace.

IL PATTO CON GLI ALTRI SETTORI DI INTERVENTO

La ricerca sui determinanti non sanitari della salute ha evidenziato il ruolo critico di fattori sociali ed economici, che si pongono al di fuori delle possibilità di controllo individuale ed esulano dalla sfera di intervento del sistema dei servizi sanitari. Gli interventi su questi determinanti della salute richiedono un coordinamento intersettoriale, a livello sia governativo sia regionale e locale, che si traduca in strategie condivise per obiettivi comuni.

IL PATTO PER LA COOPERAZIONE CON LE ISTITUZIONI

La salute, intesa come benessere fisico, psichico e sociale, non è il mero prodotto dell'amministrazione sanitaria e dei correlati servizi articolati nel Paese. Deve rappresentare, piuttosto, un obiettivo perseguito da tutte le istituzioni che, pur non avendo una diretta competenza sanitaria, esercitano funzioni che possono incidere sullo stato di salute della popolazione.

IL PATTO CON IL VOLONTARIATO

Il volontariato rappresenta un momento forte del nuovo patto solidale, in ragione del suo contributo alla umanizzazione del servizio e per le istanze etiche di cui è portatore. Con la sua presenza contribuisce a dar voce ai bisogni dei soggetti svantaggiati e svolge un ruolo importante nella valutazione partecipata della qualità dell'assistenza.

IL PATTO CON I PRODUTTORI

La tutela del diritto del cittadino a prestazioni tempestive e qualificate implica che i pubblici poteri non solo eroghino direttamente tali servizi, ma definiscano gli spazi in cui si sviluppano il settore pubblico e il privato. I produttori di beni e servizi sanitari (non profit e profit) sono elementi rilevanti del panorama sanitario e, nel contesto di una definizione strategica degli obiettivi, sono chiamati a concorrere al progetto di tutela e promozione della salute.

IL PATTO CON IL MONDO DELLA COMUNICAZIONE

Il mondo della comunicazione riveste un ruolo rilevante nel diffondere l'informazione e le conoscenze scientifiche, nel favorire l'adozione di modelli di comportamento e di stili di vita, nel determinare aspettative e bisogni nei confronti della salute e dei servizi sanitari. La crescente attenzione dei mezzi di informazione ai fenomeni della sanità, nella cronaca quotidiana e nella divulgazione scientifica, richiede un impegno preciso del mondo dell'informazione in termini di equilibrio, obiettività e completezza e un loro coinvolgimento attivo nel progetto di promozione e tutela della salute.

IL PATTO CON LA COMUNITÀ INTERNAZIONALE

La strategia sanitaria del nostro Paese deve trovare connessioni e sinergie efficaci a livello internazionale, anzitutto coi paesi europei e dell'area del Mediterraneo, sia in relazione alla intensità dei flussi migratori sia nei confronti dei paesi meno sviluppati, per motivazioni di solidarietà e di promozione umana oltre che di efficacia degli interventi.

Nell'ambito del nuovo Mercato Comune Europeo assume una particolare importanza l'attività di prevenzione e controllo sulla circolazione delle merci e dei prodotti. Il potenziamento delle attività di prevenzione per garantire qualità e sicurezza dei prodotti e delle merci rappresenta in particolare un investimento, per la salute della popolazione e per lo sviluppo economico del paese, in quanto assicura competitività in campo internazionale.

NOVE PUNTI QUALIFICANTI

Alla luce di tali considerazioni, il Psn 1998-2000 assume come *idee forti* i seguenti nove punti qualificanti:

1. rafforzare l'autonomia decisionale degli utenti
2. promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari
3. diminuire le diseguaglianze nei confronti della salute
4. favorire comportamenti e stili di vita per la salute
5. contrastare le patologie più importanti
6. aiutare a convivere attivamente con la cronicità
7. percorrere le strade dell'integrazione socio sanitaria
8. rilanciare la ricerca
9. investire nelle risorse umane e nella qualità del sistema

RAFFORZARE L'AUTONOMIA DECISIONALE DEGLI UTENTI

La possibilità di una scelta consapevole tra diverse opzioni diagnostiche e terapeutiche da parte dell'utente implica che l'informazione divenga uno degli aspetti decisivi nel rapporto tra Ssn e cittadini. La transizione da una concezione paternalistica ad una concezione democratica dell'assistenza sanitaria incontra ancora molti ostacoli, sia sul versante delle professioni sanitarie sia su quello degli utenti.

A questo scopo, nel corso della formazione (di base e in servizio) del personale sanitario è indispensabile fornire conoscenze e competenze concernenti:

- elementi di epidemiologia clinica, volti a consentire al personale sanitario di presentare in modo razionale e probabilistico gli effetti delle diverse opzioni diagnostico-terapeutiche;
- elementi di teoria della comunicazione, sociologia e antropologia, miranti al riconoscimento e al rispetto, di fronte alla salute e alla malattia, delle diverse identità culturali;
- elementi di economia, volti a rafforzare la consapevolezza delle ricadute economiche delle decisioni e della necessità di allocazioni soddisfacenti dal punto di vista della collettività;
- elementi di etica nei rapporti fra professionista e paziente, volti a promuovere un'attenzione costante ai fondamenti etici delle scelte professionali e alla umanizzazione del servizio.

Il rafforzamento della capacità decisionale degli utenti trova limiti obiettivi nelle asimmetrie informative proprie di tutti i settori ad elevata specializzazione professionale. La maggiore capacità delle professioni sanitarie di ridurre l'ampia variabilità che oggi caratterizza l'erogazione delle prestazioni a fronte di problemi clinici e assistenziali simili costituisce un presupposto necessario per l'esercizio consapevole del diritto alla salute.

PROMUOVERE L'USO APPROPRIATO DEI SERVIZI SANITARI

L'ampia variabilità nella risposta assistenziale rinvia a problemi di appropriatezza nell'utilizzazione delle risorse e a potenziali iniquità nell'accesso e nella utilizzazione dei servizi sanitari. A questo scopo il Piano sanitario nazionale 1998-2000 avvia un processo di definizione di linee di guida consensuali, che rappresentano, da un lato, un terreno di accordo professionale sulle migliori strategie diagnostico-terapeutiche alla luce delle conoscenze scientifiche e, dall'altro, un elemento di trasparenza nei rapporti con il pubblico.

DISEGUAGLIANZE NEI CONFRONTI DELLA SALUTE

Nel nostro Paese si osservano diseguaglianze rilevanti relativamente alle condizioni di salute: le persone, i gruppi sociali e le aree geografiche meno avvantaggiati presentano un maggior rischio di morire, di ammalarsi, di subire una disabilità, di praticare stili di vita rischiosi. Le cause sono complesse e risiedono nelle condizioni di vita e di lavoro della popolazione, nella dotazione di risorse materiali, nelle relazioni sociali, negli stili di vita e nell'accesso ai sistemi di cura. Le politiche per la salute devono contrastare le diseguaglianze irrobustendo le capacità delle persone e delle comunità di adottare comportamenti sani, migliorando l'accesso ai servizi e incoraggiando il cambiamento culturale ed economico. Con queste premesse, un modo importante per raggiungere gli obiettivi del Piano é migliorare la salute dei gruppi di popolazione meno sani riducendo le differenze rispetto ai gruppi piu favoriti.

FAVORIRE COMPORTAMENTI E STILI DI VITA PER LA SALUTE

Nella popolazione sana la prevenzione della malattia e il mantenimento dello stato di salute si basano sull'identificazione e sul controllo dei fattori di rischio e dei comportamenti individuali che favoriscono l'insorgenza delle patologie, nonché sull'identificazione e sul controllo dei fattori ambientali nocivi alla salute. Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 si propone di promuovere la condivisione fra i cittadini di stili di vita per la salute.

CONTRASTARE LE PATOLOGIE PIÙ IMPORTANTI

Il Piano sanitario nazionale individua le patologie che colpiscono la popolazione italiana e che provocano il maggior carico di morte, disabilità e malattia. Si propone di contrastarle attraverso interventi di prevenzione primaria e secondaria e di promuovere l'efficacia dei programmi assistenziali.

AIUTARE A CONVIVERE ATTIVAMENTE CON LA CRONICITÀ

L'incremento delle persone malate e non autosufficienti, in particolare anziane, pone il problema di gestire la propria condizione sviluppando al contempo le opportunità di partecipazione alla vita sociale. Per affrontare la cronicità è anzitutto necessario garantire continuità all'intervento di cura, privilegiando tutti i fattori che contribuiscono a rendere accettabile la qualità di vita a quanti, persone malate e loro familiari, vivono per lungo tempo in situazioni di difficoltà. In particolare è necessario garantire, fin quando è possibile, la permanenza a casa delle persone malate croniche non autosufficienti fornendo cure domiciliari, interventi di sostegno alle famiglie, assistenza domiciliare integrata.

PERCORRERE LE STRADE DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

La complessità di molti bisogni richiede la capacità di erogare risposte fra loro integrate, in particolare sociosanitarie. Se non vengono predisposte condizioni istituzionali e gestionali per coordinare gli interventi dei diversi settori impegnati nella produzione di servizi, l'integrazione professionale non può bastare per migliorare la qualità e l'efficacia delle risposte. Per questo le Regioni devono incentivare le collaborazioni istituzionali entro ambiti territoriali adeguati a partire dalla dimensione distrettuale, formulando in via preferenziale piani unitari dei servizi sanitari e sociali, a livello regionale e sub-regionale, tenendo distinti i flussi di finanziamento dei rispettivi ambiti di attività. La elaborazione di piani di zona dei servizi, in particolare dei servizi ad elevata integrazione sociosanitaria, può essere un'utile premessa per ottimizzare le risorse, facilitare le responsabilizzazioni e le collaborazioni.

RILANCIARE LA RICERCA

Gli obiettivi indicati dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 sono fortemente innovativi rispetto alle aree di intervento, all'assetto organizzativo e ai modelli di funzionamento del Ssn. Lo sviluppo di un'efficace strategia di ricerca, finalizzata a fornire le conoscenze scientifiche su cui basare le politiche sanitarie, la programmazione degli interventi e l'organizzazione della pratica clinica e assistenziale rappresenta la condizione necessaria per perseguire tali obiettivi e per valutare l'efficacia degli interventi.

INVESTIRE NELLE RISORSE UMANE E NELLA QUALITÀ DEL SISTEMA

Gli investimenti per la prevenzione, la cura e la riabilitazione fondano in grande misura la loro efficacia sui contenuti relazionali del rapporto tra operatori del Ssn e utenti. Gli ostacoli e le resistenze che gli operatori sanitari devono superare sono considerevoli, soprattutto quando il loro campo visivo si concentra su singoli aspetti dei problemi da affrontare, non garantendo un approccio globale. Per questo vanno approfondite le condizioni per qualificare l'efficacia e l'umanizzazione degli interventi. A tale scopo è necessario un profondo cambiamento di mentalità ai diversi livelli, a partire dai fondamenti etici del lavoro di cura, attraverso la diffusione di sistemi premianti, la formazione permanente, la sperimentazione, le collaborazioni intersettoriali, lo sviluppo delle funzioni manageriali.

PARTE I

GLI OBIETTIVI DI SALUTE

Un Progetto nazionale per la salute

PROMUOVERE LA SALUTE, NON SOLO MIGLIORARE I SERVIZI

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 ha come obiettivo principale la promozione della salute, a cui finalizzare l'organizzazione e l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari.

Tale scelta, legata al riconoscimento che i determinanti della salute si estendono ben oltre le possibilità di intervento dei servizi sanitari, impone un'ampia assunzione di responsabilità, a livello individuale e collettivo. Impone inoltre modificazioni culturali e strategiche volte alla elaborazione di politiche intersettoriali di promozione della salute.

IL PROGETTO NAZIONALE PER LA SALUTE

Il *Progetto nazionale per la salute* si articola nei seguenti obiettivi prioritari:

I. promuovere comportamenti e stili di vita per la salute;
II. contrastare le principali patologie;
III. migliorare il contesto ambientale;
IV. rafforzare la tutela dei soggetti deboli;
V. portare la sanità italiana in Europa.

Gli obiettivi di salute identificati dal Psn 1998-2000 sono il frutto di un'analisi del quadro epidemiologico della popolazione italiana, come evidenziato dalla Relazione sullo stato sanitario del paese 1996 del Ministero della Sanità, del confronto con le indicazioni e gli obiettivi proposti per l'anno 2000 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per le nazioni appartenenti alla Regione Europea, oltre che della valutazione delle concrete possibilità di intervento nel corso del prossimo triennio.

Il triennio 1998-2000 segna l'avvio di un Progetto nazionale per la salute che si estende lungo un arco temporale che va oltre l'anno 2000. Il periodo di validità del Psn 1998-2000 coincide con la prima fase di un percorso di miglioramento dei livelli di salute che si propone traguardi realizzabili nel medio e lungo periodo.

Gli obiettivi individuati non esauriscono tutti i bisogni di salute del Paese. Altri obiettivi, non espressamente richiamati, costituiscono aree di grande interesse che potranno essere assunti dalle Regioni a partire da analisi epidemiologiche specifiche.

GLI OBIETTIVI

Per ciascun obiettivo di salute sono enunciati i traguardi da raggiungere e le azioni da privilegiare.

I traguardi da raggiungere sono esplicitati in termini generali, con riguardo alla direzione di tendenza da promuovere o da rafforzare, e ove possibile in termini puntuali, con riferimento ai valori da raggiungere a livello nazionale.

Tendenze e traguardi sono riassunti nella tabella n. 1 riportata al termine della parte II del presente Piano.

La linea base e le fonti a cui fare riferimento per il monitoraggio delle tendenze osservate nel triennio sono indicate contestualmente ai singoli obiettivi.

LE AZIONI

Le azioni enunciate con riguardo ai singoli obiettivi forniscono prime indicazioni circa gli interventi da privilegiare e le attività da sviluppare nei piani regionali e aziendali. In virtù dell'intersettorialità degli interventi proposti, le azioni funzionali alla realizzazione degli obiettivi di Piano risultano spesso complementari. Pertanto, con riguardo ai singoli obiettivi, sono state indicate le attività principali a cui dovranno ispirarsi le azioni, tralasciando l'inserimento (ed evitando la duplicazione) di interventi già compresi tra quelli relativi ad altri obiettivi individuati in altre parti del Psn.

Ai fini della valutazione delle azioni intraprese, oltre agli indicatori di obiettivo di cui sopra, sono comuni a tutti gli obiettivi due parametri verificabili a livello centrale, regionale e locale, relativi al numero di:

- linee guida prodotte, adottate e diffuse,
- campagne di prevenzione e informazione realizzate, tenuto conto della numerosità della popolazione effettivamente raggiunta.

Ulteriori precisazioni tecnico-operative sui traguardi da raggiungere, sugli interventi da privilegiare e sugli indicatori da utilizzare per il monitoraggio dei risultati saranno oggetto di successivi documenti di indirizzo, sotto forma di Linee guida, proposte metodologiche e supporti informativi.

OBIETTIVO I

PROMUOVERE COMPORTAMENTI E STILI DI VITA PER LA SALUTE

Numerose condizioni di morbosità, disabilità e mortalità prematura possono essere prevenute attraverso l'adozione di modelli comportamentali e stili di vita positivi, socialmente condivisi.

QUATTRO FATTORI

Con l'*Obiettivo I*, il Piano sanitario nazionale 1998-2000 propone di promuovere l'adozione di comportamenti e stili di vita in grado di favorire la salute e di sostenere la diffusione di attività di controllo e di riduzione dei fattori di rischio, soprattutto con riguardo ai gruppi sociali più svantaggiati, attraverso azioni concernenti:

- ***Alimentazione***
- ***Fumo***
- ***Alcol***
- ***Attività Fisica***

ALIMENTAZIONE

IL PROBLEMA

Nell'ambito dei fattori in grado di aumentare la capacità individuale a controllare, mantenere e migliorare lo stato di salute, l'alimentazione riveste un ruolo fondamentale.
In particolare, il conseguimento di alcuni standard nutrizionali raccomandati (*Linee guida per una sana alimentazione italiana* dell'Istituto Nazionale della Nutrizione, 1997) appare in grado di determinare importanti riduzioni nell'incidenza e nella mortalità per patologie cardio e cerebrovascolari e per tumore del colon-retto, oltre che per numerose altre patologie (diabete, ipertensione, ecc.).
Analogamente, la riduzione dell'obesità è un importante obiettivo di salute collegato all'alimentazione e all'attività fisica.

GLI OBIETTIVI

In tale ottica appare necessario promuovere l'adozione di modelli alimentari mediterranei basati principalmente su cibi di origine vegetale, attraverso il perseguimento del seguente obiettivo di carattere generale:

L'alimentazione della popolazione italiana dovrà tendenzialmente adeguarsi agli standard nutrizionali ottimali raccomandati dagli organismi scientifici.

In particolare, appare prioritario il perseguimento dei seguenti obiettivi specifici.
Nella alimentazione della persona adulta, la percentuale di energia derivante dai grassi non deve essere superiore al 30%, quella derivante dai grassi saturi deve essere inferiore al 10%, quella derivante da carboidrati deve essere superiore al 55% e quella derivante da zuccheri deve essere inferiore al 10%. La quantità di sale da cucina deve essere inferiore ai 6 grammi/die.

La prevalenza di persone obese (più di 30 di Imc, indice di massa corporea) deve essere ridotta.

NEL PERIODO 1990-94 L'INDAGINE DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA NUTRIZIONE HA RILEVATO I SEGUENTI VALORI:

percentuale di energia da grassi totali	35,7%
percentuale di energia da grassi di origine animale	13,0%
percentuale di energia da carboidrati totali	48,4%
percentuale di energia da zuccheri semplici	12,6%
percentuale di energia da proteine	15,9%

NELL'ANNO 1994 SONO STATE RILEVATE DALL'ISTAT LE SEGUENTI PREVALENZE DI PERSONE OBESE NELLE PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ:

uomini	7,5%
donne	7,0%

LE AZIONI

A tal fine, vengono indicate le seguenti azioni specifiche, che comprendono provvedimenti nazionali e interventi regionali e locali:

- programmi di educazione alimentare mirati a sviluppare un orientamento critico e responsabile nei riguardi dei comportamenti alimentari e a favorire l'adozione di standard nutrizionali sani;
- interventi di promozione della conoscenza della qualità dei prodotti alimentari e di verifica della correttezza delle informazioni ai consumatori,
- attività di promozione della produzione e della diffusione di prodotti consoni ad una corretta alimentazione;
- azioni di monitoraggio della ristorazione collettiva, in particolare nei contesti scolastici, lavorativi e di comunità, e di incentivo alla diffusione di proposte alimentari dietetiche. A tal fine sarà elaborato uno specifico Progetto Obiettivo per l'alimentazione e la nutrizione.

FUMO

IL PROBLEMA

Consolidate evidenze scientifiche dimostrano la relazione esistente tra abitudine al fumo di tabacco, esposizione a fumo passivo e stato di salute.

E' attribuibile al fumo il 90% delle morti per tumore polmonare, i due terzi delle morti per broncopneumopatia cronica e un quarto delle morti per malattie cardiovascolari. I rischi aumentano in modo proporzionale al crescere del numero di sigarette fumate ma appaiono parzialmente reversibili nel tempo: a 15 anni dall'interruzione dell'abitudine al fumo i rischi di morte degli ex-fumatori si avvicinano a quelli dei non fumatori.

Anche l'esposizione passiva al fumo di sigaretta costituisce un importante fattore di rischio; è stato osservato un aumento della frequenza di tumori polmonari, dell'infarto del miocardio e delle malattie delle vie respiratorie nei soggetti esposti a fumo passivo.

GLI OBIETTIVI

Il Psn 1998-2000 propone di perseguire i seguenti obiettivi di carattere generale.

La prevalenza di fumatori e la quantità quotidiana di sigarette fumate devono ridursi.

In particolare, appare prioritario il perseguimento dei seguenti obiettivi specifici.

La prevalenza di fumatori di età superiore ai 14 anni non deve superare il 20% per gli uomini ed il 10% per le donne.
Deve tendere a zero la frequenza delle donne che fumano durante la gravidanza.
Deve ridursi la prevalenza dei fumatori fra gli adolescenti.

NELL'ANNO 1996 SONO STATI RILEVATI DALL'ISTAT I SEGUENTI VALORI NELLE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ:

prevalenza fumatori	
uomini	34,9%
donne	17,6%
percentuale ex fumatori	
uomini	26,9%
donne	12,2%
numero medio di sigarette fumate al giorno nei fumatori	
uomini	16
donne	12

LE AZIONI

A tal fine, vengono indicate le seguenti azioni specifiche, che comprendono provvedimenti nazionali e interventi regionali e locali:

- promuovere il rispetto del divieto del fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro;
- promuovere l'attuazione di interventi di educazione sanitaria, con particolare riferimento alla popolazione in età scolare, selezionando rigorosamente gli interventi di cui è nota l'efficacia;
- realizzare campagne mirate a promuovere l'interruzione del fumo fra le donne in gravidanza;
- diffondere misure preventive basate sulle prove;
- vigilare sulla corretta applicazione dei limiti alla pubblicità diretta e indiretta;
- sostenere azioni volte a favorire la disassuefazione dal fumo, impegnando anche i medici di medicina generale con programmi strutturati di provata efficacia;
- promuovere iniziative volte alla limitazione del consumo di tabacco fra i minori di 16 anni.

ALCOL

IL PROBLEMA

L'abuso di alcol è causa diretta di malattia e uno dei principali determinanti di incidenti.

Gli effetti acuti dell'ingestione di quantità eccessive di alcol possono condurre ad un aumento del rischio di mortalità o morbosità per incidenti stradali e domestici e possono minare la sicurezza di condizioni e ambienti di lavoro.

L'abuso cronico di alcol ha un ruolo eziologico diretto in alcune patologie specifiche (cirrosi alcolica, sindrome feto-alcolica, psicosi alcolica, ecc.) e favorente in numerose altre.

Alla luce delle attuali evidenze scientifiche relative agli effetti di fattori biologici, genetici, ambientali e comportamentali e delle tendenze registrate nel corso degli ultimi anni in Italia (significativa riduzione dei consumi alcolici pro-capite) appare opportuno orientare prioritariamente l'intervento di promozione della salute verso i forti consumatori a più alto rischio.

GLI OBIETTIVI

Il Psn 1998-2000 propone la realizzazione dei seguenti obiettivi (in riferimento alla situazione rilevata nel 1995).

La prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche che eccedono i 40 grammi/die di alcol, per i maschi, ed i 20 grammi/die di alcol, per le donne, dovrà ridursi del 20%.
Inoltre, la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto dovrà tendenzialmente ridursi del 30%.

NELL'ANNO 1995 SONO STATI RILEVATI DALL'ISTAT I SEGUENTI VALORI NELLE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ:

bevono oltre $^1/_2$ litro di vino al giorno	
uomini	12,2%
donne	1,8%
bevono oltre $^1/_2$ litro di birra al giorno	
uomini	1,9%
donne	0,3%
bevono alcolici fuori pasto	
uomini	35,3%
donne	10,1%

LE AZIONI

A tal fine, sono indicate le seguenti azioni specifiche, di prevenzione primaria e di promozione della moderazione dei consumi, che comprendono provvedimenti nazionali e interventi regionali e locali:

- interventi di regolamentazione della pubblicità dei prodotti alcolici;
- misure di regolamentazione dell'informazione sul contenuto alcolico delle bevande, con esplicito riferimento ai possibili effetti dannosi;
- azioni di controllo della qualità dei prodotti alcolici e di riduzione del grado alcolico delle bevande;
- campagne di educazione sanitaria, differenziate per i diversi gruppi di popolazione;
- campagne mirate a controllare i consumi alcolici fra le donne in gravidanza e a promuovere l'interruzione del consumo;
- sostegno ad iniziative volte alla disassuefazione dall'alcol, impegnando anche i medici di medicina generale con programmi strutturati di provata efficacia;
- attività di regolamentazione e monitoraggio della distribuzione degli alcolici in ambito collettivo e di comunità;
- misure volte a favorire il rispetto dei limiti di concentrazione ematica di alcol durante la guida;
- regolamentazione della vendita di alcolici in coincidenza di manifestazioni sportive e culturali e nelle autostrade;
- misure fiscali volte a disincentivare il consumo di alcolici;
- promozione di iniziative che limitino la vendita di bevande alcoliche ai minori.

Sono inoltre necessarie azioni mirate al miglioramento dell'assistenza e della riabilitazione dei soggetti alcol-dipendenti.

ATTIVITA' FISICA

IL PROBLEMA

Nell'ambito dell'adozione di stili di vita sani l'attività fisica riveste un ruolo fondamentale.

Il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare è stato dimostrato soprattutto nei riguardi delle patologie cardio e cerebrovascolari, ma anche di quelle osteoarticolari e metaboliche.

GLI OBIETTIVI

Appare possibile prevedere il perseguimento dei seguenti obiettivi (il riferimento è alla rilevazione del 1995):

La prevalenza di persone (giovani e adulti) che praticano regolarmente (almeno una volta la settimana) attività fisico-sportiva nel tempo libero dovrà aumentare in media del 10%, e comunque non meno del 10% fra gli anziani.

NELL'ANNO 1995 SONO STATI RILEVATI DALL'ISTAT I SEGUENTI VALORI RELATIVI ALLA PRATICA DI ATTIVITA FISICO-SPORTIVA UNA VOLTA ALLA SETTIMANA O PIU:

uomini	23,2%
donne	13,3%
uomini 15-19 anni	46,3%
donne 15-19 anni	26,0%
uomini 65 anni e più	4,2%
donne 65 anni e più	1,1%

LE AZIONI

A tal fine, possono essere indicate le seguenti azioni specifiche, da sviluppare nei piani regionali e aziendali:

- iniziative rivolte a promuovere l'attività fisica nella popolazione generale;
- campagne mirate specificamente a promuovere l'attività fisica fra gli anziani;
- coordinamento e sviluppo di iniziative, da attivare con il coinvolgimento delle organizzazioni del settore, per la promozione dell'attività fisica tra i giovani.

OBIETTIVO II

CONTRASTARE LE PRINCIPALI PATOLOGIE

L'obiettivo II del Psn 1998-2000 si propone di contrastare le principali patologie che colpiscono la popolazione italiana e provocano il maggior carico di morte e disabilità o malattia prevenibili attraverso interventi di prevenzione primaria e/o secondaria.

I criteri adottati per l'individuazione delle aree cruciali di intervento sono:

1. l'importanza della patologia, in termini di mortalità prematura, di malattia e/o di disabilità evitabile,
2. la disponibilità di interventi efficaci di prevenzione primaria o di diagnosi precoce.

QUATTRO AREE DI INTERVENTO

Le aree cruciali di intervento individuate sono:

- *Malattie cardio e cerebrovascolari*
- *Tumori*
- *Malattie infettive*
- *Incidenti e malattie professionali.*

Per le aree di intervento selezionate saranno evidenziati gli interventi di prevenzione primaria e di diagnosi precoce (quando possibili). Miglioramenti nell'assistenza sanitaria potranno sensibilmente contribuire al raggiungimento degli obiettivi di riduzione della mortalità e della disabilità nonché di aumento della qualità della vita.

Le quattro aree di intervento selezionate non esauriscono il quadro delle condizioni cui il Ssn deve far fronte. In un apposito paragrafo sono indicate altre condizioni morbose, che richiedono particolare attenzione, e per le quali sono previsti progetti speciali e normative specifiche ai quali si rimanda.

MALATTIE CARDIO E CEREBROVASCOLARI

IL PROBLEMA

Le patologie del sistema circolatorio sono responsabili del 44% dei decessi registrati in Italia nel 1993.

La mortalità per malattie cardio e cerebrovascolari è in diminuzione nel periodo 1971-1993.

Particolare attenzione meritano le differenze registrate nella incidenza e nella mortalità in relazione alle diverse aree geografiche e condizioni socioeconomiche dei diversi gruppi di popolazione.

I principali fattori di rischio riconosciuti a livello individuale e collettivo per le malattie ischemiche del cuore e per gli accidenti cerebrovascolari sono l'abitudine al fumo di tabacco, la ridotta attività fisica, gli elevati livelli di colesterolemia e di pressione arteriosa. Tali fattori di rischio possono essere influenzati attraverso la modificazione delle abitudini alimentari e dello stile di vita già affrontati nell'Obiettivo I del Piano sanitario nazionale 1998-2000. Quando la riduzione dell'esposizione ai fattori di rischio non è sufficiente, è necessario ricorrere ad un adeguato trattamento farmacologico dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia.

GLI OBIETTIVI

Il Psn 1998-2000 si propone di realizzare i seguenti obiettivi (in riferimento alla situazione della mortalità del 1993):

La mortalità derivante da malattie ischemiche del cuore dovrà ridursi di almeno il 10%.

La mortalità derivante da malattie cerebrovascolari dovrà ridursi di almeno il 10%.

Le diseguaglianze in termini mortalità fra aree geografiche e fra gruppi sociali dovranno ridursi.

La qualità della vita del paziente affetto da patologie cardio e cerebrovascolari dovrà migliorare.

LE STATISTICHE DI MORTALITÀ DELL'ISTAT DEL 1993 FORNISCONO I SEGUENTI TASSI DI MORTALITA (PER 10.000 AB., ETÀ 45 - 74 ANNI):

malattie ischemiche del cuore: uomini	23,0
malattie ischemiche del cuore: donne	7,0
malattie cerebrovascolari: uomini	10,0
malattie cerebrovascolari: donne	7,0

LE AZIONI

A tal fine, vengono indicate le seguenti azioni da sviluppare nei piani regionali e aziendali:

a) *Interventi finalizzati alla prevenzione nella popolazione generale*
Gli interventi dovranno essere focalizzati sui benefici derivanti dalla abolizione o dalla riduzione del fumo, dalla adozione di stili di vita caratterizzati da una sana alimentazione e da un aumento dell'attività fisica, dal perseguimento di livelli ottimali per quanto riguarda la colesterolemia e la pressione arteriosa.
Le azioni potranno avvalersi di campagne di educazione sanitaria e di sensibilizzazione degli operatori sanitari, per il controllo dei fattori di rischio nella popolazione.

b) *Interventi finalizzati alla prevenzione nelle persone a rischio*
Gli interventi dovranno essere mirati alla diminuzione dei livelli dei fattori di rischio e alla prevenzione delle complicanze nelle persone già affette da una patologia cardiovascolare.
Le azioni potranno essere finalizzate a:
- l'identificazione e l'assistenza differenziata dei soggetti ad alto rischio,
- la produzione, la diffusione e l'adozione di Linee guida per l'assistenza ai soggetti ipertesi e ipercolesterolemici,
- l'attivazione di programmi di riabilitazione.

TUMORI

IL PROBLEMA

In Italia i tumori rappresentano circa il 30% delle cause di morte. Le neoplasie del polmone, del colon-retto e dello stomaco sono le cause di morte più frequenti fra gli uomini, cui si aggiungono, per le donne, i tumori della mammella e dell'utero.

E' possibile stimare in circa 270.000 i nuovi casi di tumore diagnosticati ogni anno in Italia e in circa un milione i pazienti con tumore.

Sulla base delle dinamiche registrate tra il 1970 e il 1990, la diminuzione dei tumori dello stomaco e il contestuale incremento dei tumori colorettali e della mammella lasciano prevedere, per il futuro, una stabilizzazione complessiva dei tassi di incidenza dei tumori maligni per gli uomini e un consolidamento della riduzione dei tassi per le donne (pari, nel periodo esaminato, al 7%).

La sopravvivenza, a cinque anni dalla diagnosi, è complessivamente in lieve aumento (in analogia con il resto dell'Europa) e pari, per l'insieme dei tumori maligni, al 40%, con intuibili differenze fra i tumori a prognosi più sfavorevole, quali quelli polmonare e gastrico, rispetto a quelli con prognosi più favorevole, quali le neoplasie della mammella e dell'utero.

Particolare attenzione meritano le differenze registrate nella incidenza, nella sopravvivenza e nella mortalità per tumori in relazione alle diverse aree geografiche del territorio nazionale e alle differenti condizioni socioeconomiche dei diversi gruppi di popolazione.

Numerose evidenze scientifiche documentano i fattori di rischio favorenti l'insorgenza delle neoplasie maligne. I fattori legati al comportamento (fumo e alimentazione) e all'ambiente di vita e di lavoro (inquinamento e esposizione ad alcuni cancerogeni, in particolare amianto, benzene e cloruro di vinile monomero) possono essere direttamente o indirettamente modificati attraverso le attività finalizzate alla prevenzione primaria indicate negli Obiettivi I e III del Piano sanitario nazionale 1998-2000. La realizzazione di programmi di screening selettivi e di diagnosi precoce possono contribuire a contrastare specifiche forme di neoplasie.

I risultati in termini di mortalità di questi interventi di prevenzione potranno essere osservati solo nel medio termine, ben oltre i limiti temporali di validità formale del Piano sanitario nazionale 1998-2000, e comunque nell'ipotesi di azioni costanti e durature.

Si ritiene comunque necessario individuare fin d'ora il programma di intervento ed indicare i relativi obiettivi tendenziali, specifici per le diverse neoplasie.

Indicazioni operative di settore sono state individuate dalla Commissione Oncologica Nazionale nelle apposite Linee guida pubblicate sulla G.U. del 20 febbraio 1996 (n. 42) e del 1 giugno 1996 (Supplemento Ordinario n. 88).

GLI OBIETTIVI

In considerazione delle tendenze dell'incidenza, della mortalità e della sopravvivenza per tumori e alla luce degli interventi proposti, il Psn 1998-2000 si propone di realizzare i seguenti obiettivi generali:

La mortalità derivante da tumori maligni dovrà ridursi.

Le differenze di sopravvivenza relative ai tumori maligni all'interno del territorio nazionale dovranno ridursi.

Le diseguaglianze per i principali tumori in termini di incidenza, sopravvivenza e mortalità fra classi sociali di popolazione dovranno ridursi.

La qualità della vita del paziente oncologico dovrà migliorare.

In particolare, con riguardo all'obiettivo di riduzione della mortalità per tumori, appare possibile il perseguimento dei seguenti obiettivi specifici nella classe di età 0 - 64 anni (in riferimento alla situazione della mortalità del 1993):

- *la mortalità da tumori maligni dovrà essere ridotta del 10% per gli uomini e del 5% per le donne;*
- *la mortalità derivante da tumore del polmone dovrà essere ridotta del 10% per i maschi e stabilizzarsi per le donne;*
- *la mortalità derivante da tumore della mammella dovrà essere ridotta del 5%;*
- *la mortalità derivante da tumore dello stomaco dovrà essere ridotta del 10%;*
- *la mortalità derivante da tumore del colon-retto dovrà stabilizzarsi;*
- *la mortalità derivante da tumore della cervice dell'utero dovrà essere ridotta del 10%.*

LE STATISTICHE DI MORTALITÀ DELL'ISTAT DEL 1993 FORNISCONO I SEGUENTI TASSI DI MORTALITA (PER 10.000 AB., ETÀ 0 - 64 ANNI):

tumori maligni:	uomini	11,3
	donne	7,3
tumore del polmone:	uomini	3,7
	donne	0,6
tumore della mammella:	donne	2,0
tumore dello stomaco:	uomini	0,8
	donne	0,4
tumore del colon-retto:	uomini	0,9
	donne	0,7
tumore dell'utero:	donne	0,4

LE AZIONI

Oltre agli interventi di prevenzione primaria sugli stili di vita e sull'ambiente di vita e di lavoro, di cui agli obiettivi di salute I e III del Psn, sono indicate le seguenti azioni da sviluppare nei piani regionali e aziendali:

a) *Interventi di diagnosi precoce*
Campagne di screening per la diagnosi precoce e per il controllo periodico dei fattori di rischio. In particolare, risultano efficaci a fronte delle risorse utilizzate i programmi per la diagnosi precoce dei tumori della mammella, del collo dell'utero e, per alcune popolazioni, dell'apparato digerente (in particolare del colon-retto).
Sono pertanto da estendere a tutto il territorio nazionale:
- lo screening mammografico con periodicità biennale per le donne tra 50 e 69 anni, per il carcinoma mammario;
- lo screening tramite pap test con periodicità triennale per le donne tra 25 e 64 anni, per il carcinoma del collo dell'utero;
- la diagnosi precoce delle patologie tumorali eredo-familiari invasive e preinvasive nei soggetti riconosciuti ad alto rischio, limitatamente alle patologie per le quali la diagnosi precoce si è dimostrata efficace nel modificare la storia naturale della malattia.

Oltre a garantire la valutazione periodica dei livelli di partecipazione da parte della popolazione selezionata, soprattutto dei gruppi meno istruiti e avvantaggiati, i programmi di screening dovranno prevedere:
- la predisposizione di Linee guida per la conferma diagnostica dei casi sospetti identificati ed il trattamento tempestivo dei casi confermati;
- l'istituzione di un sistema di controllo di qualità dei programmi di diagnosi precoce.

b) *Interventi per il miglioramento della qualità della vita*
Programmi di intervento dovranno essere attuati per il miglioramento della qualità della vita dei pazienti affetti da tumore, con particolare riguardo all'umanizzazione dell'assistenza, alla prevenzione delle complicanze e alla riparazione e riabilitazione degli esiti.
Le iniziative possono avvalersi dei seguenti interventi:
- produzione, diffusione e adozione di Linee guida per l'assistenza ai pazienti oncologici terminali,
- attivazione di appropriati programmi di riabilitazione e per la terapia palliativa e del dolore,
- diffusione di forme di assistenza domiciliare che favoriscano il concorso della famiglia e della rete sociale del paziente.

Va infine promossa la rilevazione della incidenza dei tumori tramite la rete dei Registri Tumori e la realizzazione di stime di incidenza, prevalenza e sopravvivenza per l'intera popolazione italiana.

MALATTIE INFETTIVE

IL PROBLEMA

Le malattie infettive continuano a rappresentare un rilevante problema sanitario, nonostante la disponibilità, per molte di esse, di efficaci interventi preventivi e terapeutici. Ciò può essere attribuito a molti fattori fra cui:

- l'incompleta adozione di misure di provata efficacia, come nel caso della prevenzione di talune infezioni ospedaliere e delle malattie prevenibili mediante vaccini;
- le mutate condizioni sociali ed epidemiologiche, che favoriscono il riemergere di malattie in via di eradicazione, quali la tubercolosi;
- la comparsa di malattie infettive prima sconosciute e la selezione di germi particolarmente virulenti o resistenti agli antibiotici.

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 individua quattro aree prioritarie di intervento: la prevenzione delle infezioni da Hiv; la prevenzione delle infezioni ospedaliere; la prevenzione e il trattamento della tubercolosi; la prevenzione mediante vaccini di quelle malattie per le quali i programmi di vaccinazione presentano un rapporto rischio-beneficio e costo-beneficio favorevole.

La prevenzione delle malattie infettive mediante i vaccini è un intervento di sanità pubblica caratterizzato da rapporti rischio-beneficio e costo-beneficio con pochi analoghi fra gli interventi sanitari.

L'incidenza di infezioni acquisite in ospedale, che in Italia colpisce tra il 5% e il 10% di tutti i pazienti ricoverati, è un importante e sensibile indicatore della qualità dell'assistenza prestata. Accanto ai tradizionali rischi legati ai problemi di igiene ambientale, particolare rilevanza nella prevenzione delle infezioni ospedaliere assume infatti l'adozione di comportamenti e pratiche professionali e di assetti organizzativi orientati a minimizzare il rischio di trasmissione dell'infezione.

La tempestiva identificazione e il trattamento secondo i regimi raccomandati e per il periodo di tempo necessario delle malattie infettive emergenti e riemergenti rappresentano gli interventi più efficaci per ridurre il danno individuale nonché le fonti di infezione ed il rischio di trasmissione nella popolazione.

La diffusione di ceppi di microrganismi multiresistenti o resistenti ai farmaci di ultima generazione rappresenta una emergenza sanitaria in tutto il mondo e deve essere attentamente sorvegliata e contrastata con interventi efficaci.

GLI OBIETTIVI

Sulla base di tali considerazioni sono definiti i seguenti obiettivi specifici.

La copertura vaccinale per la popolazione di età inferiore ai 24 mesi, anche immigrata, oltre a quanto già previsto dalla normativa vigente in materia di vaccinazioni obbligatorie, dovrà raggiungere almeno il 95% su tutto il territorio nazionale per Morbillo, Rosolia, Parotite, Pertosse, Haemophilus influenzae.

La copertura vaccinale contro l'influenza per la popolazione al di sopra dei 64 anni dovrà raggiungere il 75%.

Dovranno essere monitorati gli effetti indesiderati di tutte le vaccinazioni.

Il virus della Poliomielite dovrà essere eradicato dal territorio nazionale.

L'esito del trattamento dei casi di tubercolosi dovrà essere monitorato, dimostrando che il trattamento farmacologico è stato completato in almeno l'85% dei casi diagnosticati.

L'incidenza delle infezioni ospedaliere dovrà ridursi di almeno il 25%, con particolare riguardo a infezioni delle vie urinarie, infezioni della ferita chirurgica, polmoniti post operatorie o associate a ventilazione assistita e infezioni associate a cateteri intravascolari.

NELL'ANNO 1995 IL MINISTERO DELLA SANITÀ REGISTRA I SEGUENTI TASSI DI COPERTURA VACCINALE NELLA POPOLAZIONE DI ETÀ INFERIORE AI 24 MESI DI VITA:

morbillo	50%
pertosse	40%
poliomielite	95%
Hemophilus	>10%

Incidenza infezioni ospedaliere 5%-10%

LE AZIONI

La lotta alle malattie infettive emergenti e riemergenti si realizza attraverso:

- la realizzazione di interventi volti alla sensibilizzazione della popolazione e di tutti gli operatori sanitari nei confronti della prevenzione delle malattie infettive e della importanza di una efficace copertura vaccinale;
- l'attivazione o l'adeguamento di sistemi di sorveglianza integrati, che includano sistemi di sorveglianza basati sul laboratorio;
- l'attivazione di sistemi informativi di rapida allerta, collegati ad analoghi sistemi europei ed extraeuropei;
- l'attivazione di sistemi di sorveglianza della farmacoresistenza, con particolare riguardo alla Tbc umana;
- l'adozione di politiche dell'uso del farmaco antimicrobico, nel mondo umano e in quello animale, volte a contrastare lo sviluppo di germi antibiotico-resistenti;
- la sorveglianza delle infezioni trasmesse da e con alimenti;
- il monitoraggio delle zoonosi;
- l'attivazione di un programma per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle infezioni in ogni presidio ospedaliero, orientato sia ai pazienti sia agli operatori sanitari. Tale programma rappresenta un criterio di accreditamento della struttura e deve prevedere l'istituzione di un Comitato di controllo delle infezioni ospedaliere, l'assegnazione di specifiche responsabilità gestionali a personale qualificato e la definizione di politiche di intervento e di protocolli scritti.

P.O AIDS

Particolare attenzione va posta alla sorveglianza e alla prevenzione delle infezioni da Hiv/Aids. Per questo settore, la strategia di intervento è fissata dall'emanando Progetto Obiettivo Aids 1998-2000.

INCIDENTI E MALATTIE PROFESSIONALI

Gli incidenti, gli infortuni e le malattie professionali, nonché le loro conseguenze in termini di costi sociosanitari e di qualità della vita, costituiscono un problema prioritario per la sanità pubblica.

In questa sezione vengono considerati gli incidenti stradali, gli incidenti domestici, gli incidenti sul lavoro e le malattie professionali.

Incidenti stradali

IL PROBLEMA

La mortalità associata agli incidenti stradali rappresenta l'1,5-2% della totalità dei decessi. Un numero elevato di morti avviene in età giovanile: fra gli uomini con meno di quaranta anni gli incidenti stradali costituiscono la prima causa di morte.

La morbosità associata agli incidenti stradali è rilevante, così come la frequenza di disabilità residue.

GLI OBIETTIVI

Il Psn si propone i seguenti obiettivi (in riferimento alla situazione relativa al 1993).

La mortalità derivante dagli incidenti stradali dovrà essere ridotta in media del 20% e comunque non meno del 20% nella fascia di età tra i 15 e i 24 anni.
Le menomazioni gravi permanenti conseguenti a incidenti stradali dovranno ridursi.

LE STATISTICHE DI MORTALITA DELL'ISTAT DEL 1993 FORNISCONO I SEGUENTI TASSI DI MORTALITÀ (PER 100.000 ABITANTI) PER INCIDENTI STRADALI:

tutte le età		
	uomini	23,7
	donne	6,5
15-24 anni		
	uomini	40,9
	donne	8,9

LE AZIONI

Oltre agli interventi sugli stili di vita di cui all'Obiettivo I del Psn, sono indicate le seguenti azioni prioritarie:

- aumentare l'utilizzo del casco da parte degli utenti di veicoli a motore a due ruote;
- aumentare gli standard di sicurezza dei veicoli e diffondere l'uso corretto dei dispositivi di sicurezza (cinture e seggiolini);
- migliorare le condizioni di viabilità (segnaletica stradale, illuminazione, condizioni di percorribilità, ecc.) nelle zone ad alto rischio di incidenti stradali,
- favorire la guida sicura, attraverso interventi per il rispetto dei limiti di velocità e per ridurre la guida in stato di ebbrezza, in particolare nelle ore serali e notturne;
- potenziare i trasporti pubblici.

Incidenti domestici

IL PROBLEMA

Gli incidenti domestici rappresentano un fenomeno di grande rilevanza nell'ambito dei temi legati alla prevenzione degli eventi evitabili. Le persone tendono ad associare situazioni di rischio di infortunio prevalentemente ai luoghi di lavoro e ai mezzi di trasporto. L'ampiezza del fenomeno degli infortuni in ambiente domestico deve peraltro rendere consapevole la collettività che le mura domestiche rappresentano un ambito di sicurezza solo se sono rispettate condizioni di corretto utilizzo degli spazi e degli oggetti.

Particolare attenzione deve essere dedicata agli incidenti che coinvolgono gli anziani, soprattutto quelli istituzionalizzati.

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 si pone i seguenti obiettivi generali.

GLI OBIETTIVI

Il numero di infortuni domestici dovrà ridursi.
In particolare, dovrà diminuire l'entità del fenomeno nelle categorie più a rischio, specificamente i bambini e gli anziani.

LE STATISTICHE DI MORTALITA DELL'ISTAT DEL 1993 FORNISCONO I SEGUENTI TASSI DI MORTALITÀ PER INCIDENTI NON STRADALI PER 100.000 ABITANTI:

tutte le età	
uomini	22,8
donne	24,8
età 0-5 anni	
uomini	4,0
donne	3,6
età 65 anni e più	
uomini	94,8
donne	122,7

N.B SI STIMA CHE CIRCA LA METÀ DEGLI INCIDENTI AVVENGA IN CASA O NELLE PERTINENZE (INCIDENTI DOMESTICI)

Possono essere indicate le seguenti azioni da privilegiare nella definizione dei piani di intervento:

LE AZIONI

- incentivazione delle misure di sicurezza domestica strutturale ed impiantistica e di requisiti di sicurezza dei complementi di arredo e dei giocattoli;
- predisposizione di programmi intersettoriali volti a favorire l'adattamento degli spazi domestici alle condizioni di disabilità e di ridotta funzionalità dei soggetti a rischio;
- sviluppo di campagne finalizzate all'informazione e alla sensibilizzazione nei confronti dei rischi presenti negli spazi domestici, rivolte particolarmente alle categorie più "a rischio";
- costruzione di un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno infortunistico e individuazione di criteri di misura degli infortuni domestici.

Incidenti sul lavoro

La salute e il benessere nei luoghi di lavoro costituiscono gli obiettivi prioritari da raggiungere per assicurare lo sviluppo di attività lavorative sicure, produttive e competitive. Sebbene questo convincimento sia ampiamente consolidato in tutti i paesi industrializzati e gli sforzi intrapresi in questa direzione risultino significativi, il numero degli eventi dannosi che si verificano nei luoghi di lavoro rimane ancora elevato.

IL PROBLEMA

In Italia, il fenomeno infortunistico, pur in leggera flessione, risulta ancora troppo consistente per non rappresentare un motivo di forte preoccupazione. Secondo i dati di fonte INAIL, gli infortuni avvenuti nel 1996 sono oltre 630 mila, di cui 1.081 mortali.

I settori a più alto rischio di infortunio sono l'agricoltura, l'edilizia, i trasporti, l'industria estrattiva e del legno.

Nell'ambito della popolazione infortunata, 4 infortuni su 100 riguardano, nel settore industriale, lavoratori con età inferiore o uguale a 18 anni, mentre nel settore agricolo, 15 infortuni su 100 coinvolgono addetti con più di 60 anni e in 29 casi su 100 colpiscono le donne.

Il quadro statistico risulta peraltro sottostimato poiché non comprende alcune aree lavorative non assicurate dall'INAIL e non tiene conto del fenomeno "sommerso".

GLI OBIETTIVI

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 pone i seguenti obiettivi generali.

La frequenza degli infortuni sul lavoro dovrà ridursi del 10%.
In particolare, dovrà ridursi la frequenza nei settori produttivi a maggior rischio e per gli infortuni più gravi.

CASI DI INFORTUNIO PER MILIONE DI ORE LAVORATE (1996; INAIL, ISPESL):

agricoltura	
totale	38,8
di cui: inabilità permanente o morte	2,5
industria	
totale	22,7
di cui: inabilità permanente o morte	1,0

LE AZIONI

Le strategie d'intervento volte a limitare il fenomeno infortunistico dovrebbero privilegiare:

- il potenziamento ed il coordinamento di tutte le attività di prevenzione e vigilanza svolte dagli organismi istituzionali interessati;
- la piena applicazione del D.Lgs. 626/94 e successive modificazioni e l'immediata emanazione di tutti i decreti attuativi previsti dallo stesso dispositivo di legge;
- la promozione di iniziative che favoriscano la circolazione dell'informazione, la formazione e l'aggiornamento dei principali soggetti della prevenzione;
- i processi di verifica della qualità e dell'efficacia delle azioni preventive attuate;
- la costruzione di sistemi di sorveglianza epidemiologica orientati alla prevenzione (con particolare attenzione all'organizzazione del lavoro) che consentano di monitorare il fenomeno infortunistico e di evidenziare le modalità e le cause degli eventi dannosi.

Azioni specifiche, da parte delle Regioni e delle Aziende sanitarie interessate, dovranno essere sviluppate relativamente alle "Grandi opere" che si attueranno nel triennio di validità del Piano (Alta velocità, Opere per il Giubileo), anche con un adeguato monitoraggio degli infortuni e degli interventi di prevenzione messi in atto.

Malattie professionali

IL PROBLEMA

Il numero delle malattie professionali denunciate, pur in diminuzione, oscilla intorno a 30.000 casi all'anno, mentre quelle riconosciute si aggirano intorno a 6.000 casi l'anno. I settori industriali maggiormente coinvolti sono il metallurgico, le

costruzioni, il minerario, il chimico, il tessile ed i trasporti. Le patologie di più frequente riscontro sono, nell'industria, l'ipoacusia da rumore, le malattie cutanee, le pneumoconiosi e le malattie osteo-articolari e, in agricoltura, l'asma bronchiale, l'ipoacusia da rumore e le alveoliti allergiche. Tuttora poco conosciuto è il settore delle patologie correlate con il lavoro, associate frequentemente alla organizzazione del lavoro e ai carichi di fatica, fisica o mentale.

GLI OBIETTIVI

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 pone i seguenti obiettivi generali.

Il numero delle malattie professionali e delle patologie correlate al lavoro deve diminuire.

NUMERO DI MALATTIE PROFESSIONALI DENUNCIATE NEL 1996 SECONDO L'INAIL E L'ISPESL:

agricoltura	972
industria e terziario	30.821
totale	31.793

LE AZIONI

A tal fine, possono essere indicate le seguenti azioni da sviluppare nei piani regionali e aziendali:

- potenziamento e razionalizzazione delle attività di formazione degli addetti alla vigilanza e controllo;
- realizzazione di un'informazione continua e completa nei confronti dei lavoratori;
- monitoraggio di parametri indicativi e realizzazione di una funzionale rete di epidemiologia occupazionale;
- perseguimento della piena realizzazione dell'adeguamento alle esigenze di prevenzione e sicurezza sancite dalla recente normativa di settore;
- perseguimento sanzionatorio e giudiziario delle inadempienze alla legge;
- interventi volti a migliorare la qualità e la completezza delle rilevazioni sulle malattie professionali e a sviluppare indagini sulle patologie correlate con il lavoro.

Altre patologie di particolare rilievo sociale

Oltre alle quattro aree di intervento già indicate nei paragrafi precedenti (malattie cardio e cerebrovascolari, tumori, malattie infettive, incidenti e malattie professionali), altre condizioni morbose rientrano nel quadro delle patologie cui va riconosciuto carattere di particolare rilievo sociale.

Per alcune condizioni morbose sono già disponibili, o in via di definizione, provvedimenti normativi e documenti di indirizzo di carattere generale volti a precisare, per ciascun ambito, gli obiettivi da raggiungere, gli interventi da privilegiare e le indicazioni di ordine organizzativo.

Ci si riferisce in particolare a:

- diabete mellito, patologia per la quale il Piano si impegna a favore del continuo miglioramento e della costante verifica della qualità dell'assistenza, anche in relazione alla normativa esistente in tema di prevenzione e cura (l. 115/1987),
- fibrosi cistica (interventi di prevenzione e cura, legge 548/1993), errori metabolici congeniti e morbo celiaco (assistenza sanitaria integrativa, D.M. 1.7.1982).

Meritano specifica attenzione, in quanto importanti cause di invalidità, altre condizioni morbose rappresentate da:

- malattie reumatiche croniche, soprattutto nelle forme gravi che colpiscono l'età giovanile e adulta;
- malattie allergiche, specialmente in età pediatrica nelle forme respiratorie;
- malattie dell'apparato cardio-respiratorio, con particolare riguardo all'asma bronchiale e alla bronchite cronica;
- malattie del sistema nervoso centrale, sia acute sia cronico-degenerative;
- nefropatie, soprattutto nelle forme che esitano in insufficienza renale con conseguente necessità di emodialisi o di dialisi peritoneale;
- disturbi del comportamento alimentare, anoressia e bulimia nervosa;
- malattie dell'apparato digerente, specificamente nelle forme croniche e, in particolare, le epatopatie di origine virale.

Per tali condizioni il Piano Sanitario Nazionale prevede la elaborazione e la diffusione di apposite Linee guida, secondo i criteri di priorità e la metodologia discussi nell'apposito capitolo.

Nel quadro delle patologie di rilevanza sociale, va inoltre considerata con particolare attenzione la fascia di popolazione dei portatori di handicap (cui si riferiscono specifiche disposizioni: legge 5.2.1992, n. 104, legge 27.10.1993, n. 423). Si tratta di soggetti destinati a convivere con una limitazione spesso rilevante della propria autonomia funzionale ed esposti al rischio di possibili ulteriori involuzioni, da contrastare con interventi di prevenzione di secondo e terzo livello.

Va osservato infine come l'intero ambito delle malattie di rilevanza sociale si caratterizzi in funzione dell'importanza che assumono gli interventi di carattere preventivo, soprattutto quelli diretti a modificare comportamenti e stili di vita (di cui agli Obiettivi I e III del Psn), gli interventi di riabilitazione (di cui all'Obiettivo V) e gli interventi di integrazione sociosanitaria (di cui alla parte II del Psn sulle strategie di cambiamento).

OBIETTIVO III

MIGLIORARE IL CONTESTO AMBIENTALE

Qualsiasi contaminante presente nell'ecosistema interagisce con gli organismi viventi. L'attivazione del processo finalizzato al mantenimento e al miglioramento della salute non può pertanto prescindere dalla valutazione dei determinanti ambientali. In particolare la qualità dell'aria, dell'acqua, degli alimenti e dell'ambiente *in toto* riveste un ruolo determinante.

La qualità dell'ambiente dipende sostanzialmente dai modelli di vita e di produzione dei beni in essere sul territorio; essa quindi è direttamente orientata dalla scelte di governo del sistema. Gli elementi descrittivi del sistema non sono attualmente sufficientemente conosciuti; ancor più, mancano informazioni sulle correlazioni tra tali elementi - allorché rappresentano fattori di rischio - e lo stato di salute della popolazione. Anche utilizzando le informazioni derivanti dalle esperienze acquisite, occorre in via prioritaria colmare il debito informativo.

INTERVENTI MULTISETTORIALI

La pluralità di soggetti coinvolti e la multisettorialità degli approcci necessari prospettano attività di medio e lungo termine ed investono competenze e risorse che non possono essere limitate a quelle sanitarie. Nell'ambito di un progetto nazionale per la salute appare dunque opportuno privilegiare le attività destinate al monitoraggio ambientale con riguardo alle situazioni definite ad elevato rischio e alle fasce più deboli di popolazione.

Anche in relazione alla complessità di interventi richiesti ed alle conoscenze del territorio acquisite, è indispensabile realizzare un sistema di connessione a rete tra i diversi soggetti impegnati nel settore (Dipartimento di Prevenzione Aziendale, PMP o ARPA, ANPA e altre istituzioni) al fine di promuovere ogni possibile sinergia e di evitare indesiderate ridondanze.

La creazione di tale network permette tra l'altro di impostare correttamente la valutazione del rischio per la salute connessa alle matrici ambientali e la sua conseguente gestione. In tal senso è indispensabile valutare con opportuni modelli l'impatto di un inquinante sull'ecosistema, censire i punti o i fattori di rischio e graduarne il rilievo, valutare la popolazione coinvolta e la durata dell'esposizione e le correlazioni comunque intercorrenti, onde accertare i riflessi sanitari e l'eventuale entità del danno. Solo sulla base della valutazione effettuata è possibile gestire l'ipotetico rischio individuando, ove necessario, le possibilità di intervento (economico, giuridico, amministrativo, tecnico, ecc.).

ARIA

IL PROBLEMA

L'inquinamento atmosferico urbano - derivante da traffico veicolare, dai sistemi di riscaldamento o da sistemi di produzione industriale - è un importante fattore di rischio per la salute per il quale non si dispone di valutazioni epidemiologiche esaustive. E' stato stimato che l'inquinamento atmosferico di tipo urbano riveste un ruolo nell'eziologia del tumore polmonare valutabile in un eccesso di rischio fino al 33% per gli abitanti delle aree metropolitane, indipendentemente dall'abitudine al fumo di tabacco. Persistono, tuttavia, incertezze nelle stime del rischio di tumori potenzialmente attribuibili all'inquinamento.

E' stata descritta in modo coerente la relazione tra concentrazione ambientale di inquinanti, che si registrano in molte aree italiane, ed aumento della morbosità e della mortalità, specie per cause respiratorie. In particolare, gli

inquinanti ambientali provocano un danno respiratorio cronico, inducono un aggravamento dei sintomi di asma bronchiale, aumentano il ricorso all'assistenza sanitaria, compresa l'ospedalizzazione, aumentano la probabilità di morte in soggetti già affetti da patologie invalidanti. Tra i diversi fattori di inquinamento dell'aria meritano attenzione, per il potenziale di rischio per la salute che rappresentano, le polveri, specie le più fini e più facilmente respirabili, l'anidride solforosa, l'ossido di carbonio, gli ossidi di azoto, il benzene e l'amianto nonché l'ozono, inquinante fotochimico il cui impatto sanitario non è ancora stato valutato in modo esaustivo.

Infine, va sottolineata l'importanza della qualità dell'aria negli ambienti confinati quale determinante dello stato di salute; in particolare, l'inquinamento da fumo di tabacco e la contaminazione da radon sono trattati nei capitoli specifici (Fumo e Radiazioni).

GLI OBIETTIVI E LE AZIONI

Sulla base di tali considerazioni, pur in presenza di difficoltà nella definizione di obiettivi specifici, e indispensabile indicare alcune azioni prioritarie per il *miglioramento della qualità dell'aria atmosferica.*

Nel triennio 1998-2000, dovranno essere prioritariamente realizzate le seguenti iniziative volte alla riduzione dell'inquinamento atmosferico:

- regolamentazione della circolazione e riduzione del traffico veicolare privato nelle aree urbane;
- adozione di politiche dei trasporti basate sull'utilizzo di fonti energetiche alternative e riorientamento del traffico commerciale verso il trasporto su rotaia o marittimo;
- incremento dell'uso di marmitte catalitiche a tre vie;
- sensibilizzazione della popolazione all'uso razionale delle fonti energetiche finalizzate al trasporto e al riscaldamento;
- sviluppo di tecnologie per la riduzione delle emissioni industriali, veicolari e domestiche;
- controllo rigoroso delle perdite di volatili organici in prossimità dei complessi industriali, in particolare raffinerie e depositi di carburante;
- trasformazione dei sistemi di riscaldamento domestico e collettivo al fine di utilizzare combustibili meno inquinanti.

ACQUA

La valutazione degli aspetti di salute legati alla qualità dell'acqua è possibile sulla base di tre indicatori sintetici: la disponibilità in natura di riserve d'acqua destinabili all'uso potabile adeguate per qualità, quantità e accessibilità; l'efficienza e il grado di penetrazione della rete degli acquedotti; le modalità di smaltimento e di depurazione delle acque reflue.

Analogamente a quanto avviene per l'aria, le informazioni disponibili sullo stato delle acque sono frammentarie e non sempre affidabili.

IL PROBLEMA

Nonostante l'elevata capacità dei depuratori attivi in Italia, solo per una parte della popolazione le acque reflue risultano adeguatamente depurate. La quantità di carico non depurato e riversato direttamente nei corpi idrici, equivalente a migliaia di tonnellate di materiale organico raccolto dal Mediterraneo ha un impatto qualitativamente intuibile sull'ecosistema e sulla balneazione delle acque.

Un'adeguata disponibilità di acqua potabile è un traguardo da raggiungere per una parte della popolazione, in particolare nelle isole e nel meridione. La presenza, infine, di contaminanti, chimici o biologici, può essere responsabile di

condizioni morbose che, in funzione dell'uso finale delle acque, puo compromettere lo stato di salute di qualche area di popolazione. Le nuove acquisizioni tecnico scientifiche stanno portando ad una migliore puntualizzazione dei contaminanti da eliminare puntualmente.

GLI OBIETTIVI E LE AZIONI

In funzione di tali considerazioni è possibile individuare i seguenti obiettivi.

Entro l'anno 2000, la disponibilità di acqua potabile per abitante dovrà essere incrementata, laddove carente, e dovrà aumentare la percentuale di popolazione servita da acquedotto. Particolare attenzione dovrà essere rivolta alle situazioni in cui la distribuzione, l'erogazione o le caratteristiche (organolettiche, chimiche o biologiche) delle acque ne limitano o ne ostacolano l'uso alimentare e civile, anche attraverso processi di razionalizzazione ed integrazione delle reti (anche accelerando la realizzazione dei bacini ottimali di utenza) che privilegino la tutela della qualità e la lotta alle perdite e agli sprechi.

Entro l'anno 2000 dovranno essere incrementate le attività di tutela delle acque dai processi di contaminazione urbana e industriale; in particolare dovrà essere incrementato l'avviamento alla depurazione dei carichi inquinanti depurabili (contaminanti chimici, carico organico, fosforo, ecc.) non depurati e ridotta la quantità dei reflui non depurati riversati direttamente nei corpi idrici.

ALIMENTI

Il ruolo esercitato dagli alimenti e dal regime alimentare sullo stato di salute e documentato da numerose osservazioni. Della riduzione del rischio dietetico legato all'adozione di abitudini alimentari basate sull'osservanza dei livelli nutrizionali raccomandati si tratta nel paragrafo relativo all'alimentazione. Appare tuttavia opportuno completare l'analisi con gli aspetti relativi alla qualità degli alimenti.

IL PROBLEMA

Il processo di salubrità degli alimenti ha inizio al livello della produzione agricola, prosegue nella fase della lavorazione e della trasformazione industriale, in quella della distribuzione e della conservazione e si completa al livello del consumatore, nelle fasi della preparazione, cottura e somministrazione.

L'irregolarità o l'inadeguatezza in una qualsiasi delle diverse fasi comporta una maggiore probabilità di rischio per la salute. La possibile presenza negli alimenti di contaminanti di varia natura può avere, infatti, implicazioni sullo stato di salute con effetti negativi che in alcuni casi si possono manifestare a distanza di anni. Effetti negativi a breve termine si verificano a seguito di una contaminazione microbiologica degli alimenti, avvenuta nel corso della produzione o durante la conservazione, che può determinare episodi di tossinfezione alimentare.

Per quanto inferiore rispetto alla media europea, il numero di tossinfezioni alimentari è, nel nostro Paese, in continuo aumento. Il 90% di tali tossinfezioni è dovuto alle infezioni da Salmonella e, fra queste, risulta in gran parte responsabile S. enteritidis.

Al fine di migliorare la qualità igienica degli alimenti appare fondamentale un'armonizzazione dell'attività di controllo esercitata dalle autorità sanitarie con l'attività di prevenzione derivante dall'autocontrollo svolte sull'intera filiera alimentare, dal produttore al consumatore finale.

GLI OBIETTIVI

Per il prossimo triennio, appare realistico indicare i seguenti obiettivi.

Entro l'anno 2000 l'incidenza delle malattie causate da e con alimenti dovrà ridursi; contemporaneamente, dovrà essere potenziato il sistema di sorveglianza continua.

LE AZIONI

Nel triennio 1998-2000, dovranno essere privilegiate le attività rivolte alla salvaguardia della sicurezza e integrità dei prodotti alimentari e allo sviluppo della loro qualità complessiva mediante:

- l'attuazione e il coordinamento di programmi di verifica della qualità igienico-sanitaria del prodotto;
- il monitoraggio della qualità igienico-sanitaria del prodotto somministrato in ambito di ristorazione pubblica e collettiva;
- la raccolta sistematica dei dati di contaminazione radioattiva degli alimenti - dopo più di dieci anni dalle ricadute radioattive legate all'incidente di Chernobyl - ai fini della determinazione di un livello zero nel caso di nuovi possibili incidenti su base locale, nazionale o transfrontaliera;
- l'attuazione e la verifica dell'attività di autocontrollo da effettuare su tutta la filiera alimentare, ivi compresa la ristorazione;
- l'attivazione di sistemi di sorveglianza delle tossinfezioni alimentari con adeguate indagini epidemiologiche su ogni episodio;
- la sensibilizzazione degli operatori che partecipano al processo di produzione alimentare rispetto agli effetti delle loro azioni o omissioni sulla qualità degli alimenti;
- la formazione ed educazione degli operatori che provvedono alla manipolazione o alla preparazione degli alimenti, soprattutto nell'ambito delle comunità.

RADIAZIONI

L'esposizione a sorgenti di radiazioni comporta il rischio di insorgenza di manifestazioni patologiche, sia a breve sia a lungo termine.

E' opportuno distinguere tra radiazioni ionizzanti (sostanze radioattive e macchine radiogene) e radiazioni non ionizzanti (campi elettromagnetici a bassa e alta frequenza), in relazione alla diversità delle caratteristiche di natura fisica e delle modalità di interazione con l'organismo vivente. In entrambi i casi, gli effetti sulla salute a lungo termine (sviluppo di neoplasie) rivestono maggiore rilevanza.

Radiazioni ionizzanti

IL PROBLEMA

Le principali fonti di esposizione a radiazioni ionizzanti per la popolazione sono rappresentate da:

- la presenza di radon negli ambienti chiusi. Il radon si presenta in forma gassosa e, pertanto, viene inalato: si stima che sia responsabile del 5% - 20% dei tumori polmonari;
- l'utilizzazione di radioisotopi o di macchine radiogene in ambito medico. A tale riguardo, la legislazione vigente prevede adempimenti in materia di formazione e qualificazione degli operatori del settore, di controlli di qualità delle apparecchiature, nonché di adeguamento delle apparecchiature stesse a criteri minimi di accettabilità;
- la presenza nelle matrici ambientali di radioisotopi artificiali provenienti da impianti nucleari a seguito di incidenti. Al riguardo si evidenzia come in quasi tutte le Regioni sia stato attuato un sistema di controllo della radioattività ambientale.

GLI OBIETTIVI E LE AZIONI

Oltre alla necessità di intensificare la ricerca scientifica nel settore delle radiazioni ionizzanti, gli obiettivi realisticamente perseguibili nel contesto italiano riguardano:

- la riduzione del rischio di tumore polmonare derivante dall'esposizione a radon, mediante la riduzione della sua concentrazione nelle abitazioni ed in altri luoghi chiusi. Il problema deve essere affrontato mediante l'individuazione delle situazioni con concentrazione di radon più elevata e delle relative fonti di provenienza, la predisposizione di norme specifiche, lo studio degli interventi correttivi, la corretta informazione della popolazione e la definizione di obiettivi formativi delle categorie professionali interessate;
- la riduzione del rischio associato all'esposizione a radiazioni ionizzanti per le persone sottoposte ad indagini cliniche di radiodiagnostica e di medicina nucleare, mediante la riduzione degli esami non necessari (anche con campagne di educazione sanitaria), l'adozione di adeguati programmi di assicurazione di qualità e la sostituzione degli apparati obsoleti;
- la raccolta sistematica, per quel che concerne la contaminazione radioattiva di matrici ambientali a seguito di incidenti nucleari, dei dati anche per le finalità illustrate nel precedente capitolo concernente gli "Alimenti".

Radiazioni non ionizzanti

IL PROBLEMA

In tale ambito rivestono particolare rilevanza:

- le radiazioni ultraviolette UV per la loro accertata cancerogenicità e per l'inevitabile esposizione alla sorgente naturale costituita dalla radiazione solare. Tale esposizione comporta infatti il rischio di induzione di tumori cutanei ed altri effetti a breve e lungo termine, in dipendenza della durata dell'esposizione, del momento nella giornata e dell'uso di mezzi protettivi;
- i campi elettrici e magnetici a frequenza industriale ed i campi elettromagnetici a radiofrequenza e microonde i quali, a causa della crescente diffusione delle relative sorgenti, costituiscono un rischio di effetti a breve termine connesso con l'esposizione a campi a 50 Hz di intensità molto elevata, attualmente ben documentato. Gli effetti a lungo termine, invece, sono tuttora oggetto di approfondimento scientifico.

GLI OBIETTIVI E LE AZIONI

Oltre alla necessità di intensificare la ricerca scientifica in tale settore, soprattutto per gli effetti a lungo termine, gli obiettivi realisticamente perseguibili nel contesto italiano sono i seguenti:

- la riduzione del rischio connesso con l'esposizione alle radiazioni ultraviolette, sensibilizzando la popolazione ad adottare opportune e non onerose modifiche delle abitudini di vita che non impediscono le attività ricreative e sportive all'aperto;
- la prevenzione degli effetti a breve termine dei campi a 50 Hz e dei campi elettromagnetici a radiofrequenza e microonde, mediante la definizione normativa di limiti di esposizione, nonché tutela da eventuali effetti a lungo termine sulla base di un principio cautelativo tramite l'adozione di 'obiettivi di qualità' da raggiungere in un certo arco di tempo in modo differenziato per diversi scenari di esposizione;
- l'informazione corretta e completa della popolazione su tale problematica.

RIFIUTI

IL PROBLEMA

La produzione di rifiuti solidi urbani ed il relativo smaltimento rientrano tra le emergenze ambientali dei Paesi a più elevato sviluppo economico. Il rischio per la salute si manifesta quando risultano assenti o inadeguati i processi di raccolta, trasporto, stoccaggio, trattamento e smaltimento finale dei rifiuti, nonché quando lo smaltimento non rispetta norme sanitarie rigorose.

La potenzialità degli impianti autorizzati per un idoneo smaltimento dei rifiuti solidi urbani è insufficiente rispetto alle necessità; notevoli disomogeneità sono presenti sul territorio.

Sebbene il maggior rischio ambientale dello smaltimento in discarica sia rappresentato dal rilascio di sostanze chimiche potenzialmente inquinanti, non insignificanti appaiono le emissioni globali di ossido di azoto e di composti organici volatili di difficile contenimento per i processi chimici, fisici e biologici che si susseguono in modo incontrollato.

Per gli impianti di incenerimento il comparto maggiormente coinvolto è l'aria e, per fenomeni di "fall-out", il suolo.

Desta preoccupazione la produzione di rifiuti speciali (in particolare di quelli pericolosi) per i quali una costante attività di monitoraggio ambientale è richiesta al fine di evitare fenomeni di disseminazione non controllata.

GLI OBIETTIVI E LE AZIONI

Tenuto conto dell'estrema complessità del problema, delle difficoltà nell'identificazione del rischio attribuibile alla tossicità o all'esposizione ad ogni singolo agente e nella definizione di obiettivi specifici, appare possibile proporre alcune linee di intervento mirate alla prevenzione dei danni:

- ridurre i rifiuti urbani solidi da avviare a smaltimento (attraverso la raccolta differenziata, il recupero di materiali riutilizzabili e la trasformazione in prodotti combustibili);
- incrementare la qualità della sicurezza dei processi di raccolta, trasporto, stoccaggio, trattamento e smaltimento finale dei rifiuti;
- incrementare la raccolta differenziata in contenitori T/F (Toxic/Flammable) di prodotti tossici e/o pericolosi e attivare servizi mobili e centri di raccolta fissa sul territorio;
- incrementare le attività di monitoraggio e di tutela ambientale relative all'individuazione delle discariche abusive e attivare operazioni di bonifica ambientale;
- incrementare la capacità di smaltimento dei rifiuti industriali;
- favorire l'innovazione aziendale e tecnologica per minimizzare la formazione di rifiuti.

OBIETTIVO IV

RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI

GARANZIE DI ASSISTENZA PER I DEBOLI

I SOGGETTI DEBOLI

I soggetti che non dispongono di adeguate abilità sociali sono spesso portatori di bisogni complessi e chiedono al sistema sanitario capacità di fare sintesi sui loro problemi e di agire in modo unitario per soddisfarli.

Sono soggetti deboli tutti coloro che, trovandosi in condizioni di bisogno, vivono situazioni di particolare svantaggio e sono costretti a forme di dipendenza assistenziale e di cronicità.

Sono ad alto rischio i disabili con un reddito al di sotto della soglia di povertà che necessitano di un intervento programmato, continuativo e integrato. Particolare attenzione va anche riservata all'anziano disabile e alle persone nella fase terminale della vita.

VALUTARE I BISOGNI

Obiettivo fondamentale del Psn 1998-2000 è introdurre nel sistema sanitario condizioni di maggiore equità nella erogazione dei servizi alle diverse categorie di popolazione in condizione di bisogno. In particolare, va evitato il rischio di assecondare aree privilegiate di bisogno e di utenza, quando non giustificato da necessità assistenziali e da priorità etiche, evitando vantaggi competitivi per chi sa meglio rappresentare i propri bisogni.

A tal fine va incrementato l'utilizzo di metodi di valutazione interprofessionale del bisogno e va incentivato l'orientamento a formulare diagnosi globali, evitando di settorializzare gli interventi.

Gli standard di struttura vanno correlati a standard di processo idonei a garantire qualità di assistenza ed esigibilità dei diritti dei soggetti svantaggiati.

Per una maggiore tutela dei soggetti deboli, le Regioni evidenziano le condizioni di grave emarginazione presenti nel territorio ed elaborano progetti finalizzati a contrastare le diseguaglianze di accesso ai servizi.

PERSONALIZZARE GLI INTERVENTI

Il distretto e l'integrazione tra le professioni sono condizioni operative necessarie per produrre diagnosi e valutazioni multidimensionali, selezionando risposte appropriate con riferimento alle diverse condizioni di bisogno. A questo scopo la personalizzazione degli interventi deve tenere conto del livello di non autosufficienza e della non disponibilità di risorse (economiche, personali, familiari, comunitarie o di altra natura).

Va inoltre perseguita una sistematica riduzione degli sprechi di risorse derivanti dalle cronicità evitabili, adottando soluzioni che rispondano a criteri di efficacia, economicità e umanizzazione. Anche per questo, i ricoveri nelle strutture sono giustificabili solo quando non siano praticabili altre forme di intervento di natura ambulatoriale, intermedia e domiciliare.

In questa sezione sono considerati alcuni particolari gruppi di soggetti deboli: gli stranieri immigrati, i tossicodipendenti, i malati mentali, i bambini e gli adolescenti, gli anziani che presentano specifiche esigenze di tutela e i malati terminali.

Per quanto riguarda la salute dei soggetti di cui a specifici progetti obiettivo, *Linee guida e documenti di approfondimento,* si rinvia a quanto contenuto nei singoli documenti oggetto di definizione in altra sede e sinteticamente richiamati nei paragrafi successivi.

STRANIERI IMMIGRATI

IL PROBLEMA

Gli extracomunitari regolarizzati presenti nel nostro Paese sono, secondo dati del Ministero degli Interni aggiornati al 1997, poco meno di un milione di unità, di cui il 10% proveniente da paesi sviluppati e il resto da paesi in via di sviluppo e dall'Europa dell'Est. Nell'ultimo decennio, il numero di immigrati legali è aumentato ad un ritmo di circa l'8% all'anno; nell'ultimo anno l'incremento è stato del 13%.

La componente migratoria irregolare e clandestina, spesso a maggior rischio per la salute, è stimabile tra le 200 e le 300 mila unità.

Numerosi fattori epidemiologici e condizioni socioeconomiche rendono lo stato di salute degli immigrati stranieri meritevole di una particolare tutela.

Oltre alle condizioni che minacciano la salute di tutti i soggetti deboli e che colpiscono in modo particolare questa fascia di popolazione (alimentazione, abitazione, lavoro e socialità inadeguati e insicuri), si devono tener presenti fattori peculiari che svolgono un ruolo particolare nei confronti della salute degli immigrati legati al quadro epidemiologico del paese di origine e ad aspetti culturali (difficoltà di comunicazione e di inserimento sociale), psicologici (lontananza dagli affetti, mancanza di supporto psico-familiare, rischio di fallimento del progetto migratorio) e di discriminazione nell'accesso ai servizi.

Il fenomeno migratorio interessa principalmente persone selezionate, di età giovanile e in buona salute. Mentre dunque il rischio infettivo per la popolazione italiana per trasferimento di agenti infettanti da paesi ad alta endemia è ridotto e controllabile, specifici problemi originati nel paese di partenza possono trovare nel paese di destinazione condizioni di aggravamento che interessano soprattutto la popolazione di recente immigrazione.

Un esempio è rappresentato dalla tubercolosi, in quanto gli immigrati provengono frequentemente da paesi in via di sviluppo e da zone ad alta prevalenza tubercolare. Mentre il rischio di evoluzione della malattia è elevato per gli immigrati, il rischio di contrarla è - per la popolazione italiana - minimo, anche per le diverse condizioni di vita.

Atteggiamenti e comportamenti nei confronti dei servizi sanitari derivanti dalle tradizioni culturali dei paesi di origine, oltre che dalle forme di accoglienza nel nostro Paese, possono influenzare l'efficacia e la tempestività della risposta assistenziale, riducendo l'effettiva accessibilità ai servizi da parte delle popolazioni immigrate.

GLI OBIETTIVI

Il Psn 1998-2000 pone i seguenti obiettivi da raggiungere entro il triennio.

L'accesso all'assistenza sanitaria deve essere garantito a tutti gli immigrati, secondo la normativa vigente, in tutto il territorio nazionale.

Secondo quanto previsto dall'Obiettivo II del Psn, *la copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana deve essere estesa alla popolazione immigrata.*

LE AZIONI

Nel triennio 1998-2000 dovranno essere sviluppate le seguenti attività rivolte allo sviluppo di politiche intersettoriali di salvaguardia della salute degli immigrati:

- sviluppo di strumenti sistematici di riconoscimento, monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, anche valorizzando le esperienze più qualificate del volontariato;
- formazione degli operatori sanitari finalizzata ad approcci interculturali nella tutela della salute;
- organizzazione dell'offerta di assistenza volta a favorire la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l'identità culturale degli immigrati.

TOSSICODIPENDENZE

IL CONTESTO

Il settore delle tossicodipendenze attraversa una fase di profonda evoluzione, per quanto riguarda sia il contesto epidemiologico sia la riorganizzazione dell'assistenza.

Ai tradizionali problemi di valutazione legati al carattere illegale e, comunque, sommerso delle abitudini di consumo, si aggiungono quelli relativi alle nuove tipologie delle sostanze immesse sul mercato e ai conseguenti mutamenti della popolazione destinataria degli interventi di prevenzione e dei trattamenti.

Sono prevedibili mutamenti nello scenario degli attori coinvolti, tanto a livello istituzionale quanto nel settore privato (non profit e profit) e del volontariato, che rendono ancora più importante una chiara definizione dei rapporti e degli obiettivi da condividere. E' inoltre necessario evitare la contrapposizione fra i diversi livelli di intervento e le differenti strategie di prevenzione (primaria e secondaria).

La specifica disamina della complessità esistente, come pure la elaborazione di linee di indirizzo per la soluzione dei vari problemi, rendono necessaria la elaborazione di un Progetto obiettivo al quale è demandata la definizione di dettaglio.

GLI OBIETTIVI

Oltre al miglioramento dei livelli di conoscenza del fenomeno e, in particolare, della definizione locale dei problemi e dei bisogni, il Piano sanitario nazionale 1998-2000 individua come prioritari i seguenti obiettivi:

Riduzione della mortalità e della morbosità legate alla tossicodipendenza e/o all'abuso di sostanze, con particolare riferimento alla mortalità da episodi acuti e alla patologia infettiva.

Aumento della percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza, con particolare riferimento ai giovani con problemi collegati alle "nuove droghe", e diminuzione della durata media di uso di sostanze prima del contatto (reclutamento precoce degli utenti).

Aumento della quota di soggetti che, dopo il contatto con il sistema di assistenza, iniziano e completano i trattamenti previsti e recuperano un accettabile livello di integrazione sociale (con particolare riferimento al reinserimento lavorativo).

LE AZIONI

Gli interventi da compiere prioritariamente nel triennio sono:

- definizione, sperimentazione e introduzione di modelli organizzativi del sistema di assistenza finalizzati all'aumento dei livelli di integrazione delle strutture pubbliche coinvolte e tra queste e le realtà del privato non profit e del volontariato;
- impostazione di piani regionali e locali per il contrasto della tossicodipendenza con risorse di tipo sociale e sanitario;
- introduzione nella routine gestionale di percorsi formativi e di strumenti di valutazione dei risultati e della qualità dei servizi;
- ottimizzazione delle collaborazioni interistituzionali, con particolare riferimento al campo della prevenzione primaria;
- attivazione e standardizzazione di sistemi di sorveglianza e/o di adeguati flussi informativi riguardo alla prevalenza dei vari tipi di consumo (con particolare riferimento alle forme nuove più pericolose).

SALUTE MENTALE

La complessa problematica della tutela della salute mentale richiede l'elaborazione di uno specifico progetto obiettivo al quale è demandata la definizione di dettaglio degli obiettivi e delle linee di intervento. Di seguito sono richiamati solo alcuni aspetti di carattere generale.

GLI OBIETTIVI

Per il triennio di validità del Piano sanitario nazionale sono indicati i seguenti obiettivi prioritari:

Migliorare la qualità della vita e l'integrazione sociale dei soggetti con malattie mentali.

Ridurre l'incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio per problemi di salute mentale.

LE AZIONI

Gli interventi da compiere prioritariamente nel triennio di validità del Piano sono:

- completamento su tutto il territorio nazionale del modello organizzativo dipartimentale;
- stretta integrazione delle strutture operative coinvolte in modo tale che la presa in carico del paziente sia chiaramente evidenziata nella sua globalità anche per gli aspetti riguardanti le risorse impiegate;
- riconversione delle risorse recuperate dalla chiusura dei manicomi, destinandole alla realizzazione di condizioni abitative adeguate (residenziali e diurne) e alle attività dei dipartimenti di salute mentale;
- riqualificazione e formazione del personale sanitario, in particolare di quello già operante negli ex ospedali psichiatrici;
- realizzazione di interventi per la tutela della salute mentale in età evolutiva;
- adozione di programmi di aiuto alle famiglie con malati mentali, per sostenere i gravi carichi assistenziali che esse affrontano quotidianamente.

FASI DELLA VITA E SALUTE

Nel ciclo di vita delle persone devono essere considerate con particolare attenzione le fasi nelle quali i cambiamenti psicofisici e relazionali sono molto accentuati e nelle quali, quindi, maggiormente si concentrano rischi e potenzialità da considerare con interventi mirati di prevenzione e promozione della salute.

Le fasi cui il Piano sanitario nazionale 1998-2000 dedica specifica attenzione sono quella della procreazione, dell'età evolutiva e dell'età anziana, nonché quella delle persone nella fase terminale della vita.

Gli interventi che prevengono e contrastano il complessivo ambito delle patologie dell'età evolutiva sono chiamati a svolgere un ruolo strategico. Anche in questo modo trova significativa applicazione il concetto generale di *patto di solidarietà per la salute,* cui si ispira il Piano sanitario nazionale, individuando nelle generazioni più giovani i destinatari di una peculiare attenzione nel quadro di una alleanza tra le età della vita.

Infanzia e adolescenza

IL PROBLEMA

La progressiva riduzione della mortalità infantile (dall'8 per mille nel '91 al 7,4 per mille nel '93) come pure di quella perinatale (dall'11 al 9,3 per mille) ha seguito in Italia una tendenza analoga a quello di altri paesi dell'Europa occidentale.

Il divario tra Centro-Nord e Sud è tuttavia ancora rilevante: nel 1993, la mortalità infantile è stata del 5,7 per mille nelle Regioni del Centro-Nord e dell'8,7 per mille al Sud, con tassi che in alcune regioni sono più del doppio rispetto ad altre.

L'obiettivo fissato nel precedente piano di portare il tasso di mortalità perinatale sotto il 10 per mille in tutte le regioni non è stato raggiunto in alcune regioni nelle quali vanno intensificati gli sforzi per migliorare la qualità dei servizi materno infantili.

L'aumento del peso relativo di bambini portatori di disabilità a seguito di patologie congenite o acquisite, grazie anche al miglioramento degli interventi in fase perinatale, richiede al sistema sanitario maggiore capacità di intervento precoce di natura intensiva e riabilitativa.

Particolare attenzione deve essere dedicata alle situazioni di abbandono, trascuratezza e deprivazione di cure primarie nella prima infanzia, così come alle anomalie e ai disturbi dello sviluppo in età evolutiva.

GLI OBIETTIVI

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 pone i seguenti obiettivi di carattere generale:

- ridurre la mortalità perinatale e infantile almeno all'8 per mille in tutte le regioni;
- prevenire i comportamenti a rischio in età pre-adolescenziale e adolescenziale con riferimento alle lesioni accidentali gravi, alle autolesioni e alla dipendenza;
- prevenire le cause di disabilità mentale, sensoriale e plurima;
- prevenire i casi di disagio psichico e sociale dovuto a problematiche scolastiche, familiari e relazionali, anche in riferimento ad abusi e maltrattamenti;
- promuovere la procreazione cosciente e responsabile, tutelando le gravidanze a rischio e fornendo un adeguato sostegno alle famiglie;
- favorire programmi di prevenzione e controllo delle malattie genetiche;
- monitorare lo stato di salute dell'infanzia, della pre-adolescenza e dell'adolescenza nella dimensione fisica, psichica e sociale, anche avvalendosi dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia.

Gli obiettivi di Piano saranno articolati in uno specifico Progetto Obiettivo materno-infantile in corso di elaborazione, nel quale saranno sviluppate anche le azioni dirette alla tutela della salute della donna, in tutte le fasi della vita e negli ambienti di vita. Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 prevede la predisposizione e l'adozione di Linee guida per la salute riproduttiva.

LE AZIONI

E' da privilegiare e sviluppare nei piani regionali e locali l'attività dell'area pediatrica per garantire a livello sanitario e socio-assistenziale, intra ed extraospedaliero, ogni forma di tutela della salute infantile fino al termine dello sviluppo, mediante le seguenti azioni:

- assicurare interventi preventivi e diagnostici di provata efficacia in epoca pre e perinatale;
- attuare interventi per la promozione della salute in età pre-adolescenziale e adolescenziale;
- razionalizzare l'ospedalizzazione in età pediatrica, tenendo conto delle particolari esigenze della fascia di età cui si rivolge, coordinando e integrando l'assistenza con l'offerta di servizi distrettuali e valorizzando il pediatra di famiglia;

- potenziare i servizi extraospedalieri, specie quelli a ciclo diurno, preposti al recupero dei disturbi neuropsicopatologici e delle limitazioni funzionali;
- migliorare la qualità umana dei servizi rivolti all'infanzia anche mediante l'utilizzo appropriato di tecnologie biomediche;
- predisporre Linee guida per la gravidanza, il parto, le cure ospedaliere pediatriche, la pediatria di famiglia e di comunità;
- integrare i servizi materno-infantili con quelli socio-assistenziali ed educativi, anche tenendo conto di quanto previsto nel Piano nazionale per l'infanzia e l'adolescenza.

Anziani

IL PROBLEMA

Il processo di invecchiamento della popolazione è destinato a protrarsi nel prossimo futuro. Secondo le previsioni elaborate dall'Istat, nel 2020 il 23% della popolazione italiana avrà più di 65 anni e la speranza di vita alla nascita sarà di 78,3 anni per gli uomini e di 84,6 anni per le donne. In termini relativi, aumenteranno soprattutto i grandi vecchi con età superiore agli 80 anni.

Una quota significativa di anziani soffre di patologie croniche, spesso multiple, e di disabilità che ne limitano l'autosufficienza. Il 52% degli uomini e il 61% delle donne dichiarano almeno due malattie croniche in atto, il 44% e il 51%, rispettivamente, ne dichiarano almeno tre (Istat, 1994). Tra essi, i malati di Alzheimer costituiscono una popolazione di 500.000 soggetti particolarmente esposti a condizioni di deterioramento della qualità della vita per sé stessi e per i familiari, sui quali ricade gran parte del peso assistenziale.

Nel 1994 i disabili di 60 anni e più non istituzionalizzati ammontano a oltre due milioni, pari al 17% degli ultrasessantenni (Istat, 1997). La disabilità accompagna soprattutto le età avanzate e condiziona fortemente la vita degli ultraottantenni. Si passa infatti dal 6% di disabili a 60-64 anni, al 47% a 80 anni e più. Il 10% degli uomini e il 31% delle donne di 60 anni e più vivono soli. I disabili che vivono soli sono 618.000. Sono anziani oltre un terzo delle 6.690.000 persone che vivono in condizioni di povertà.

Le politiche sanitarie nei confronti della popolazione anziana devono prevedere interventi integrati per la prevenzione e il recupero della compromissione fisica e del deficit funzionale e, quindi, anche dello svantaggio sociale che ne può derivare. I programmi di intervento si qualificano, quindi, come programmi ad elevata integrazione sociosanitaria, improntati ad una visione positiva dell'età anziana, tramite la rimozione delle barriere che impediscono l'apporto attivo degli anziani autosufficienti alla vita sociale. Va inoltre promossa una cultura dei servizi che recuperi l'anziano come soggetto sociale in una società integrata e solidale. Agli anziani è garantita l'assistenza sanitaria, senza limiti di durata, nelle sedi più appropriate e privilegiando il domicilio.

L'area degli anziani sarà oggetto di uno specifico progetto obiettivo, in via di definizione in altra sede, al quale si rimanda.

GLI OBIETTIVI

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 pone i seguenti obiettivi di carattere generale:

- *promuovere il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza nell'anziano;*
- adottare politiche di supporto alle famiglie con anziani bisognosi di assistenza a domicilio (anche a tutela della salute della donna, sulla quale ricade nella maggior parte dei casi l'onere dell'assistenza);

- promuovere l'assistenza continuativa e integrata (intra ed extra-ospedaliera) a favore degli anziani;
- favorire l'integrazione interna al sistema sanitario e fra questo e l'assistenza sociale.

LE AZIONI

Gli interventi da compiere prioritariamente nel triennio di validità del Psn sono:

- adeguare il numero di posti letto ospedalieri dedicati alla lungodegenza riabilitativa allo standard di 1 posto letto per mille abitanti;
- garantire nei distretti la presenza delle unità di valutazione geriatrica (Uvg), atte a fornire analisi globale del bisogno dell'anziano e favorire un'assistenza personalizzata e continuativa;
- sviluppare le forme alternative al ricovero, mediante l'assistenza domiciliare integrata (Adi), quella semiresidenziale e l'ospedalizzazione a domicilio, favorendo l'integrazione fra le diverse forme di intervento;
- realizzare le residenze sanitarie assistenziali (Rsa) previste nella legge finanziaria n. 67 del 1988.

Assistenza alle persone nella fase terminale della vita

IL PROBLEMA

Le persone affette da patologie evolutive irreversibili per le quali non esistono trattamenti risolutivi, necessitano di una assistenza finalizzata al controllo del dolore, alla prevenzione e cura delle infezioni, al trattamento fisioterapico e al supporto psicosociale.

Oltre al paziente, l'attenzione deve essere dedicata ai familiari, prima e dopo il decesso del malato. In questi casi, un'assistenza di buona qualità deve offrire la possibilità di trascorrere l'ultima parte della vita in famiglia, o, quando questo non è possibile, in strutture di ricovero adeguate alla natura dei problemi.

GLI OBIETTIVI E LE AZIONI

Obiettivo del Piano sanitario nazionale 1998-2000 è migliorare l'assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita.

A tal fine sono da privilegiare le azioni volte:

- al potenziamento dell'assistenza medica e infermieristica a domicilio;
- all'erogazione di assistenza farmaceutica a domicilio tramite le farmacie ospedaliere;
- al potenziamento degli interventi di terapia palliativa e antalgica;
- al sostegno psicosociale al malato e ai suoi familiari;
- alla promozione e al coordinamento del volontariato di assistenza ai malati terminali;
- alla realizzazione di strutture residenziali e diurne (*hospice*), autorizzate e accreditate.

OBIETTIVO V

PORTARE LA SANITÀ ITALIANA IN EUROPA

L'obiettivo V del Piano sanitario nazionale 1998-2000 individua le aree che dal punto di vista programmatorio, organizzativo e gestionale richiedono, più di altre, uno sforzo di adeguamento al contesto ed al livello dell'Unione Europea.

I divari, rispetto al resto dell'Europa, riguardano settori di attività e processi organizzativi il cui superamento richiede un profondo cambiamento culturale oltre che di razionalizzazione.

TRAPIANTI

IL PROBLEMA

L'attività di trapianto di organi in Italia, sicuramente ai livelli qualitativi dei paesi con i più elevati standard di prestazione, è ancora lontana dai livelli quantitativi degli altri paesi della Unione Europea e in ogni caso insufficiente a soddisfare le lunghe liste di attesa.

La situazione è caratterizzata da un limitato numero di donatori (nonostante il notevole aumento degli ultimi cinque anni: nel 1996 i donatori sono stati 11 per milione di abitanti), da una diseguale distribuzione sul territorio dell'attività di prelievo e di trapianto e da un elevato ricorso a strutture all'estero (anche per quelle tipologie di trapianti per le quali l'esperienza acquisita dai centri italiani e mediamente comparabile con quella del resto dell'Europa).

Il fabbisogno di trapianti è destinato a crescere nel corso dei prossimi anni per effetto di numerosi fattori fra i quali le aumentate possibilità di intervento e il progressivo allargamento delle indicazioni cliniche al trapianto. Per gli interventi per i quali il trapianto costituisce una soluzione da privilegiare anche sotto il profilo dell'allocazione delle risorse (perché alternativo a trattamenti a più elevato rapporto costo efficacia, come nel caso del rene), l'aumento dell'attività di trapianto potrebbe contribuire al perseguimento di obiettivi di più efficiente utilizzo delle risorse.

La causa principale dell'insufficiente numero di trapianti risiede nella non adeguata organizzazione sia delle attività dei centri ospedalieri sia dei coordinamenti regionale e nazionale. La cultura della donazione di organi è ancora poco diffusa fra la popolazione, così come fra gli operatori sanitari. Particolare attenzione va riservata alla organizzazione e alla formazione dei centri di prelievo, in modo tale che i potenziali donatori siano individuati e adeguatamente gestiti. Di primaria importanza è anche il potenziamento dei centri di rianimazione.

GLI OBIETTIVI

Alla luce di tali considerazioni, il Psn 1998-2000 si propone di sviluppare le attività di trapianto e di migliorare la qualità degli interventi.

In particolare, sono indicati i seguenti obiettivi da privilegiare:

Aumentare il numero di trapianti e ridurre il numero di quelli effettuati all'estero.

Migliorare l'identificazione dei potenziali donatori di organi ed aumentare la disponibilità di organi idonei per il trapianto.

Migliorare la sicurezza e la qualità degli organi (e dei tessuti) prelevati a scopo di trapianto.

Ridurre la mortalità delle persone in lista di attesa e ampliare contestualmente le liste di attesa.

Aumentare la sopravvivenza e migliorare la qualità della vita dei trapiantati.

A tal fine, sono indicate le seguenti azioni da privilegiare:

LE AZIONI

- istituzione di un Registro Italiano dei Trapianti, anche allo scopo di favorire la diffusione delle informazioni e la conoscenza delle diverse realtà territoriali;
- riorganizzazione della rete delle rianimazioni e verifica della loro attività con riguardo alla identificazione dei potenziali donatori;
- individuazione e sviluppo di centri di eccellenza, in particolare per i trapianti rari e multiorgano;
- definizione dei criteri di accettazione in lista di attesa in grado di realizzare una maggiore uniformità fra le diverse aree territoriali;
- attuazione di campagne di informazione e di sensibilizzazione rivolte ai cittadini e agli operatori sanitari ad incentivazione delle donazioni;
- potenziamento dell'attività dei trapianti pediatrici.

RIABILITAZIONE

IL PROBLEMA

La riabilitazione è un terreno elettivo per gli approcci multidimensionali, plurispecialistici e per l'integrazione dei diversi interventi, da realizzare valorizzando la continuità terapeutica in modo da iniziare la riabilitazione in fase precoce, facilitare il recupero di competenze funzionali e lo sviluppo di competenze sostitutive, e da porre in essere soluzioni efficaci per garantire l'autonomia possibile, con particolare attenzione all'area dell'età evolutiva, degli anziani e dei neurolesi post traumatici.

L'assistenza riabilitativa, comprendente strutture e servizi a diversi livelli (distrettuale, sovra-distrettuale e multizonale) e con diverse modalità di organizzazione dell'offerta (ospedaliera ed extraospedaliera, di natura residenziale e semi-residenziale), deve garantire la valutazione del bisogno e l'inquadramento diagnostico sulla base di programmi terapeutici e riabilitativi validati da evidenze scientifiche di efficacia.

In sede ospedaliera gli interventi devono essere organizzati in modo che la riabilitazione venga garantita ed effettuata o in reparti autonomi muniti di posti letto oppure con servizi di Recupero e Riabilitazione Funzionale afferenti alle diverse unità operative ed in lungodegenze finalizzate al recupero ed alla riabilitazione funzionale. Per quanto riguarda i reparti di alta specialità riabilitativa (quali ad esempio le unità spinali unipolari, i reparti per gravi T.C.E. e cerebrolesioni acquisite) la riabilitazione è parte integrante dell'organizzazione di tali unità operative.

L'analisi dei profili di consumo di risorse e di costo associati ai diversi tipi di intervento potrà consentirne valutazioni sistematiche, anche al fine di pervenire ad una tariffazione per livelli e per tipologie di intervento.

La natura dei bisogni riabilitativi richiede un costante impegno a garantire integrazione tra interventi, attraverso l'attivazione di *circuiti riabilitativi* finalizzati alla continuità ed efficacia assistenziale, stabilendo collegamenti organici tra prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere e tra assistenza sanitaria e sociale.

GLI OBIETTIVI

La riorganizzazione dell'attività di riabilitazione deve rispondere ai seguenti obiettivi generali:

- garantire la continuità assistenziale, assicurando l'organica collocazione della riabilitazione nel circuito "prevenzione, cura e riabilitazione";
- assicurare l'efficacia delle prestazioni rese;
- articolare i livelli di intensità delle prestazioni tenuto conto della natura dei bisogni.

A tal fine, costituiscono obiettivi strumentali:

- la precisazione e la qualificazione delle funzioni dei diversi soggetti erogatori (pubblici e privati);
- il riassetto complessivo del settore per quanto attiene alle funzioni riabilitative di tipo intensivo (in ambiente ospedaliero ed extraospedaliero), alle funzioni riabilitative intermedie di tipo estensivo e alla gestione della lungodegenza post-acuzie.

LE AZIONI

I piani regionali devono assumere obiettivi di natura gestionale e professionale:

- realizzando riconversioni e riequilibrando gli interventi in rapporto alle diverse funzioni riabilitative;
- mettendo in grado i diversi centri di responsabilità di migliorare gli interventi;
- attuando forme di monitoraggio sistematico di efficienza e di efficacia;
- verificando con parametri misurabili il livello di adeguatezza tecnica e tecnologica delle strutture;
- incentivando le integrazioni funzionali fra le diverse unità operative interessate, al fine di garantire continuità assistenziale nel rapporto tra cura e riabilitazione;
- promuovendo progetti di inserimento lavorativo e sociale.

I centri socio-riabilitativi e le residenze sanitarie-assistenziali sono strutture che erogano prestazioni integrate, ovvero tali da rendere compresenti professioni di diversa natura. Gli esiti di miglioramento funzionale e di mantenimento delle abilità dovranno essere oggetto di valutazioni sistematiche.

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

IL PROBLEMA

La realtà italiana delle tecnologie sanitarie è caratterizzata da una elevata vetustà delle apparecchiature (l'età media del patrimonio tecnologico del Ssn è di oltre 8 anni) e da una diseguale distribuzione all'interno del territorio nazionale. In termini quantitativi, la dotazione complessiva è sostanzialmente prossima a quella del resto dell'Europa, con valori talvolta anche decisamente superiori alla media europea.

Il settore risente inoltre della progressiva obsolescenza tecnologica degli impianti e delle attrezzature, fenomeno tipico del settore e comune a tutti i paesi sviluppati.

GLI OBIETTIVI

Il Psn 1998-2000 si pone i seguenti obiettivi generali:

- individuazione delle priorità di sviluppo delle nuove tecnologie, tenuto conto della necessità di un contestuale rinnovo della base tecnologica esistente e di una diffusione programmata delle alte tecnologie;
- dismissione delle strutture obsolete e ricostituzione delle dotazioni strutturali, impiantistiche e tecnologiche;
- sviluppo sistematico delle procedure di valutazione delle tecnologie e delle loro ricadute organizzativo-gestionali;
- piena valorizzazione del parco tecnologico esistente, attraverso l'utilizzo integrato nei percorsi diagnostico terapeutici e l'impiego intensivo, in termini di orari, delle attrezzature disponibili;
- miglioramento dei processi di gestione e di manutenzione delle apparecchiature biomediche;
- coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori nei processi di introduzione e gestione delle nuove tecnologie.

Con riferimento agli obiettivi di sicurezza delle apparecchiature e delle tecnologie si rinvia a quanto indicato nella parte II del Psn, al paragrafo "La sicurezza delle strutture sanitarie".

LE AZIONI

Costituiscono azioni da sviluppare nei piani regionali e aziendali:

- inventariazione e valutazione delle tecnologie esistenti, dal punto di vista dello stato delle apparecchiature e del loro utilizzo;
- adozione di sistemi di incentivazione alla dismissione delle apparecchiature obsolete;
- definizione di programmi regionali co-finanziati (Stato, Regioni e Aziende Sanitarie) relativi ai settori ad elevato investimento tecnologico, in ragione del fabbisogno accertato nel bacino regionale e per l'eventuale creazione di centri di eccellenza interregionali di riferimento;
- promozione coordinata, anche a livello regionale, della ricerca applicata per la sperimentazione e la valutazione tecnica e clinica delle nuove tecnologie;
- piena responsabilizzazione economica delle istituzioni remunerate a prestazione relativamente alla ricostituzione e all'ammodernamento della base tecnologica, in coerenza con il principio di aziendalizzazione dei servizi sanitari.

LA RETE DEI LABORATORI DIAGNOSTICI

Con specifico riferimento alla *rete dei laboratori diagnostici*, costituisce obiettivo del Psn 1998-2000 l'adeguamento della rete dei laboratori ai principi di qualità, efficacia ed efficienza produttiva. Sono in particolare indicati i seguenti obiettivi:

- realizzazione di un collegamento di rete, specifico per tipologie di laboratori specializzati;
- sviluppo di programmi di controllo di qualità dei laboratori;
- garanzia di contenimento dei costi di produzione.

SORVEGLIANZA DELLE PATOLOGIE RARE

IL PROBLEMA

Il numero di malattie rare (frequenza variabile da 1:20.000 a 1:200.000) attualmente conosciute è di circa 5.000, pari al 10% delle patologie umane. La frequenza complessiva nella popolazione generale è di 1 caso ogni 1.000 abitanti: il peso che ne risulta per la comunità è quindi elevato.

La peculiarità delle malattie rare risiede nel fatto che esse richiedono un'assistenza specialistica e continuativa di dimensioni tali da non poter essere sopportata senza un importante intervento pubblico.

GLI OBIETTIVI

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 si propone di rafforzare le iniziative volte a garantire:

- una diagnosi appropriata e tempestiva;
- un pronto riferimento per i programmi terapeutici ai centri specialistici;
- una promozione delle attività di prevenzione;
- un sostegno alla ricerca scientifica, con particolare riferimento allo sviluppo di nuove terapie.

La specificità delle patologie rare richiede inoltre uno stringente coordinamento delle diverse iniziative in atto.

LE AZIONI

Gli interventi prioritari da realizzare per triennio 1998-2000 sono:

- identificazione di centri nazionali di riferimento per patologie e costituzione di una rete di presidi ospedalieri ad essi collegati, per la diagnosi ed il trattamento di singole (o gruppi di) patologie rare;
- avvio di un programma nazionale di ricerca, finalizzato al miglioramento delle modalità di prevenzione, diagnosi precoce e assistenza, nonché all'identificazione di nuovi approcci terapeutici;
- sviluppo di interventi diretti al miglioramento della qualità delle vita dei pazienti affetti da patologie rare;
- realizzazione di programmi di informazione ai pazienti affetti da patologie rare ed alle loro famiglie;
- programmazione di acquisizione di farmaci specifici, al fine di migliorare l'approvvigionamento presso i pazienti e i loro familiari.

AUTOSUFFICIENZA DEL SANGUE E DEGLI EMODERIVATI

IL PROBLEMA

I principali obiettivi dell'attuale sistema trasfusionale nazionale, coerenti con le "Raccomandazioni" del Consiglio d'Europa, sono:

- l'autosufficienza nazionale di sangue ed emoderivati, basata sulla donazione volontaria, periodica e gratuita;
- il contributo all'autosufficienza europea ed alle iniziative per la cooperazione internazionale a favore dei Paesi Terzi;
- il raggiungimento di condizioni uniformi di assistenza trasfusionale;
- la riduzione del rischio trasfusionale.

Poiché esistono squilibri tra regioni eccedentarie e regioni carenti, è necessario un riorientamento della programmazione nazionale e regionale verso la domanda. Alla luce di tali considerazioni il Psn 1998-2000 si propone di sviluppare la strategie generale dell'autosufficienza e migliorare la qualità degli interventi.

GLI OBIETTIVI

In particolare sono indicati i seguenti obiettivi da privilegiare:

- *aumentare sia il numero dei donatori volontari periodici sia l'indice di donazione;*
- *ridimensionare le donazioni occasionali in quanto comportano un rischio più alto di trasmissione trasfusionale di malattie infettive;*
- *razionalizzare il ricorso alla trasfusione solo quando ne esiste una precisa indicazione ed impiegando ogni volta che sia possibile la trasfusione di sangue autologo o autotrasfusione.*

LE AZIONI

A tal fine, sono indicate le seguenti azioni da privilegiare:

- attivare adeguati strumenti di coordinamento nazionale e di governo del sistema in quanto l'autosufficienza rappresenta un interesse nazionale non frazionabile;
- definire un efficace meccanismo di compensazione tra Regioni e Aziende sanitarie;
- definire un nuovo flusso informativo cui ogni Regione dovrà fare riferimento nel predisporre i programmi inerenti le attività trasfusionali;
- razionalizzare la rete trasfusionale attraverso una organizzazione funzionale di tipo dipartimentale;
- attuare iniziative dirette a sensibilizzare l'opinione pubblica sui valori umani e solidaristici della donazione del sangue e a promuovere l'abitualità della donazione quale fattore di riduzione dei rischi connessi con la raccolta di sangue da donatori occasionali;
- sviluppare un programma di emovigilanza;
- garantire, per la medicina trasfusionale, un livello uniforme di assistenza sull'intero territorio nazionale, e per l'intera collettività al fine di assicurare servizi accreditati secondo criteri uniformi sia per gli aspetti strutturali sia per quelli organizzativi;
- definire ed attuare specifici programmi di buon uso del sangue e di razionalizzazione dei consumi.

SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

IL CONTESTO

L'attuazione del mercato unico e gli accordi internazionali nell'ambito dell'Organizzazione Mondiale del Commercio hanno indotto e continuano a produrre profonde modificazioni dello scenario di riferimento della sanità degli animali e dei loro prodotti. La globalizzazione degli scambi oggi impone che le azioni di prevenzione e controllo della salute degli animali e della salubrità degli alimenti di origine animale siano impostate e gestite prendendo a riferimento uno scenario di livello internazionale.

Una tutela dei consumatori e delle popolazioni animali efficace ed efficiente richiede una capacità nuova di integrazione funzionale delle azioni di prevenzione e controllo tra livelli territoriali locali, nazionale e comunitari. Tale integrazione è indispensabile per continuare ad assicurare gli elevati livelli di prestazione dei servizi di sanità pubblica veterinaria, per i quali l'Italia è oggi considerata da molti paesi uno dei principali punti di riferimento.

GLI OBIETTIVI E LE AZIONI

Data l'integrazione dei sistemi di produzione e distribuzione, la funzione di tutela può essere assicurata solo da servizi che operino secondo livelli omogenei di alta qualità. A tal fine è obiettivo primario l'accreditamento dei servizi e dei laboratori di Sanità pubblica veterinaria secondo norme di assicurazione della qualità.

Costituisce azione di supporto, l'adeguamento del sistema informativo e la sua integrazione a livello nazionale, anche come fase propedeutica all'integrazione in ambito dell'Unione Europea.

Non è inoltre più procrastinabile, anche ai sensi della direttiva comunitaria 97/12/Unione Europea, l'istituzione di un sistema di sorveglianza epidemiologica veterinaria nazionale, in grado di fornire un quadro trasparente ed affidabile del livello igienico sanitario degli alimenti di origine animale e dello stato di salute delle popolazioni animali, completando l'attuazione delle Linee guida in materia di riorganizzazione della sanità pubblica veterinaria.

Come richiesto dalle nuove indicazioni dell'Unione Europea in materia di tutela sanitaria dei consumatori, l'analisi dei rischi è azione propedeutica alla programmazione di interventi finalizzati alla diminuzione ed alla eliminazione dei rischi (anziché alla mera constatazione delle infrazioni od alla semplice valutazione del danno).

In sede specifica sono necessarie attività programmate di sorveglianza delle encefalopatie spongiformi trasmissibili degli animali (Tse) per garantire il mantenimento dell'attuale favorevole situazione sanitaria nei confronti della Bse.

Un'efficace protezione dello stato sanitario dell'Unione dipende anche dallo stato sanitario delle popolazioni dei Paesi terzi, con i quali l'Unione ha rapporti di scambio. Particolare importanza in tale contesto assumono i Paesi dell'Est ed i Paesi dell'area mediterranea. A tal fine è necessario sviluppare azioni di cooperazione in sanità pubblica veterinaria.

Le attività di formazione sono strategiche per realizzare servizi di qualità. La responsabilità di definire i fabbisogni formativi, in termini di addestramento e di formazione permanente dei veterinari pubblici, è compito dei competenti servizi che dovranno dedicare alle attività di formazione risorse adeguate: a tal fine le azioni più urgenti sono il collegamento coerente tra fabbisogni dei servizi e piani di studio delle Università ed un deciso incremento di corsi di formazione sulla applicazione delle regole comunitarie e degli accordi con i Paesi Terzi.

SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO

IL PROBLEMA

Il Sistema Informativo Sanitario (Sis) deve soddisfare esigenze diversificate relativamente ai contenuti delle informazioni ed ai suoi destinatari (cittadini, operatori e responsabili della gestione ai diversi livelli del sistema).

L'esercizio dei diritti dei cittadini nei confronti del sistema sanitario così come la loro responsabilizzazione rispetto alla salute richiedono informazioni accurate, tempestive e comprensibili relativamente ai servizi disponibili, al loro funzionamento e ai loro risultati.

Le decisioni sull'organizzazione e sullo sviluppo dei servizi sanitari, così come i programmi di miglioramento della qualità, devono disporre delle informazioni relative ai risultati attesi e a quelli raggiunti, alle risorse necessarie e a quelle effettivamente impegnate.

Lo sviluppo di un efficace sistema informativo presenta pertanto una forte esigenza di flessibilità e di coordinamento dei numerosi sistemi informativi operanti a livello locale, regionale e centrale relativamente alla salute, all'attività dei servizi sanitari e ai loro costi.

L'informazione sanitaria corrente è basata principalmente su flussi informativi settoriali ed incentrati sulla descrizione del sistema di offerta. Tali sistemi, pur costituendo una insostituibile base di conoscenza, non soddisfano appieno le esigenze informative di un sistema sanitario moderno, le quali impongono l'integrazione dei diversi flussi informativi correnti fra di loro e con i sistemi di sorveglianza finalizzati e con le indagini campionarie di popolazione.

Lo sviluppo delle tecnologie rende possibile l'utilizzo dell'informazione al livello più vicino a quello ove il dato viene prodotto e aumenta la qualità dei sistemi informativi perché rafforza la partecipazione di chi raccoglie le informazioni.

OBIETTIVO RIDISEGNARE IL SIS

Sulla base di tali considerazioni, il Piano sanitario nazionale 1998-2000 pone l'obiettivo di ridisegnare il Sistema Informativo Sanitario per renderlo più efficiente ed efficace rispetto alle esigenze di governo del Ssn e ai suoi doveri di trasparenza nei confronti dei cittadini.

LE AZIONI

La ristrutturazione del Sis si dovrà fondare sui seguenti principi generali:

- definizione dei bisogni informativi dei diversi utilizzatori;
- sviluppo di sistemi orientati al risultato finale del servizio sanitario, in termini di stato di salute, qualità della vita, soddisfazione dei pazienti;
- integrazione tra i diversi sistemi informativi sanitari e fra questi e gli altri sistemi informativi della Pubblica Amministrazione (anagrafi comunali, Inps, Inail, ecc.) in un'ottica di interoperabilità funzionale;
- potenziamento dei sistemi informativi a livello locale e sviluppo di connessioni di rete;
- sviluppo del sistema di garanzia e tutela;
- adozione di protocolli di raccolta e elaborazione dei dati che soddisfino le esigenze locali e siano compatibili con le necessità informative centrali;
- valorizzazione e diffusione del patrimonio informativo del Sis.

IL MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DEL PSN

Gli obiettivi di salute che il Psn intende perseguire implicano un bisogno informativo costante che può essere colmato attraverso l'uso integrato di flussi informativi correnti, favoriti da soluzioni telematiche, sistemi di sorveglianza specifici e indagini di popolazione.

A tal fine, il sistema di *indagini multiscopo sulla famiglia* dell'Istat deve essere valorizzato, attraverso un'integrazione delle informazioni rilevate e una estensione del campione di famiglie intervistate, tenuto conto dei bisogni di programmazione e valutazione sanitaria a livello nazionale e a livello locale.

In particolare è necessario che la parte dell'indagine annuale riguardante la salute e il ricorso ai servizi sanitari risulti idonea a monitorare gli obiettivi di piano suscettibili di effetti su scala annuale e triennale e che l'indagine speciale sia particolarmente orientata alla rilevazione degli indicatori di salute, di atteggiamento e comportamento e di uso dei servizi, non altrimenti misurabili.

TAB. 1 - TENDENZE E TRAGUARDI

Obiettivo I: Promuovere comportamenti e stili di vita per la salute	
ALIMENTAZIONE	Ridurre l'energia derivante dai grassi a non più del 30% dell'apporto calorico quotidiano. Ridurre l'energia derivante da grassi saturi a meno del 10% dell'apporto calorico quotidiano. Aumentare l'energia derivante da carboidrati ad almeno il 55% dell'apporto calorico quotidiano. Ridurre la quota di energia derivante dallo zucchero a meno del 10% dell'apporto calorico quotidiano. Ridurre la quantità quotidiana di sale da cucina a meno di 6 grammi. Ridurre la prevalenza di persone obese.
FUMO	Ridurre la prevalenza di fumatori di età superiore ai 14 anni a non più del 20% per gli uomini e del 10% per le donne. Ridurre a zero la frequenza delle donne che fumano in gravidanza. Ridurre la prevalenza di fumatori fra gli adolescenti. Ridurre il numero medio di sigarette fumate quotidianamente.
ALCOL	Ridurre del 20% la prevalenza dei consumatori che eccedono i 40 grammi/die di alcol per i maschi, e i 20 grammi/die per le donne. Ridurre del 30% la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche fuori pasto.
ATTIVITÀ FISICA	Aumentare del 10% la prevalenza di persone che praticano regolarmente attività fisico-sportiva nel tempo libero. Aumentare almeno del 10% la prevalenza di anziani che praticano regolarmente attività fisico-sportiva nel tempo libero.
Obiettivo II: Contrastare le principali patologie	
MALATTIE CARDIO E CEREBRO VASCOLARI	Ridurre di almeno il 10% la mortalità da malattie ischemiche del cuore. Ridurre di almeno il 10% la mortalità da malattie cerebrovascolari. Ridurre le diseguaglianze in termini di mortalità fra aree geografiche e fra gruppi sociali. Migliorare la qualità della vita del paziente affetto da patologie cardio e cerebrovascolari.
TUMORI	Ridurre la mortalità totale da tumori maligni del 10% per gli uomini e del 5% per le donne. Ridurre la mortalità da tumore del polmone del 10% per i maschi e stabilizzarla per le donne. Ridurre la mortalità da tumore della mammella del 5%. Ridurre la mortalità da tumore dello stomaco del 10%. Stabilizzare la mortalità da tumore del colon-retto. Ridurre la mortalità da tumore della cervice dell'utero del 10%. Ridurre le differenze di sopravvivenza relative ai tumori maligni all'interno del territorio nazionale. Ridurre le diseguaglianze fra classi sociali per i principali tumori in termini di incidenza, sopravvivenza e mortalità. Migliorare la qualità della vita del paziente oncologico.

MALATTIE INFETTIVE	Raggiungere, oltre a quanto previsto in materia di vaccinazioni obbligatorie, almeno il 95% di copertura vaccinale per la popolazione di età inferiore ai 24 mesi, anche immigrata, per Morbillo, Rosolia, Parotite, Pertosse, Haemophilus influenzae. Raggiungere il 75% di copertura vaccinale contro l'influenza per la popolazione al di sopra dei 64 anni. Monitorare gli effetti indesiderati di tutte le vaccinazioni. Eradicare il virus della Poliomielite. Monitorare l'esito del trattamento della TBC. Ridurre l'incidenza delle infezioni ospedaliere di almeno il 25%.
INCIDENTI E MALATTIE PROFESSIONALI	Ridurre la mortalità da incidenti stradali del 20%. Ridurre la mortalità da incidenti stradali nella classe di età 15 - 24 anni di almeno il 20%. Ridurre le menomazioni gravi permanenti da incidenti stradali. Ridurre il numero di infortuni domestici, in particolare fra le categorie più a rischio. Ridurre la frequenza degli infortuni sul lavoro del 10%. Ridurre la frequenza degli infortuni sul lavoro nei settori produttivi a maggior rischio e per i casi piu gravi. Ridurre il numero di malattie correlate al lavoro.

Obiettivo III: Migliorare il contesto ambientale

ARIA	Migliorare la qualità dell'aria atmosferica.
ACQUA	Aumentare la disponibilità di acqua potabile per abitante e la percentuale di popolazione servita da acquedotto. Incrementare l'avviamento alla depurazione dei carichi inquinanti depurabili non depurati. Ridurre la quantità dei reflui non depurati riversati direttamente nei corpi idrici.
ALIMENTI	Ridurre l'incidenza delle malattie causate da e con alimenti e potenziare il sistema di sorveglianza continua.
RADIAZIONI	Ridurre la concentrazione di radon nelle abitazioni e nei luoghi chiusi. Ridurre il rischio da esposizione a radiazioni ionizzanti da indagini cliniche di radiodiagnostica e medicina nucleare. Rilevare sistematicamente i dati di contaminazione radioattiva a seguito di incidenti nucleari. Ridurre il rischio connesso all'esposizione alle radiazioni ultraviolette. Prevenire gli effetti dei campi a 50 Hz e dei campi elettromagnetici a radiofrequenza e microonde. Informare correttamente la popolazione sulle problematiche delle radiazioni.
RIFIUTI	Potenziare le attività mirate alla prevenzione dei danni.

Obiettivo IV: Rafforzare la tutela dei soggetti deboli

IMMIGRATI	Garantire uniformità di accesso all'assistenza sanitaria in tutto il territorio nazionale, secondo la normativa vigente. Estendere la copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana alla popolazione immigrata.

TOSSICO-DIPENDENTI	Ridurre la mortalità e la morbosità legate alla tossicodipendenza e/o all'abuso di sostanze. Aumentare la quota di consumatori in contatto con il sistema di assistenza e ridurre la durata media di uso di sostanze prima del contatto. Aumentare la quota di soggetti che iniziano e completano i trattamenti e recuperano un accettabile livello di integrazione sociale.
SALUTE MENTALE	Migliorare la qualità della vita e l'integrazione sociale dei soggetti con malattie mentali. Ridurre l'incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio per problemi di salute mentale.
FASI DELLA VITA E SALUTE	Ridurre la mortalità perinatale e infantile almeno all'8 per mille in tutte le regioni. Prevenire i comportamenti a rischio in età pre-adolescenziale e adolescenziale. Prevenire le cause di disabilità mentale, sensoriale e plurima. Prevenire i casi di disagio psichico e sociale nell'infanzia e nell'adolescenza. Promuovere la procreazione cosciente e responsabile. Promuovere la prevenzione e il controllo delle malattie genetiche. Promuovere il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza nell'anziano. Adottare politiche di supporto alle famiglie con anziani bisognosi di assistenza a domicilio. Promuovere l'assistenza continuativa e integrata a favore degli anziani. Potenziare e qualificare l'assistenza a favore delle persone nella fase terminale della vita.

Obiettivo V: Portare la sanità italiana in Europa

TRAPIANTI	Aumentare il numero di trapianti e ridurre il numero di trapianti effettuati all'estero. Migliorare l'identificazione dei potenziali donatori e aumentare la disponibilità di organi idonei per il trapianto. Migliorare la sicurezza e la qualità degli organi (e dei tessuti) prelevati a scopo di trapianto. Ridurre la mortalità in lista di attesa. Aumentare la sopravvivenza e migliorare la qualità della vita dei trapiantati.
RIABILITAZIONE	Garantire continuità assistenziale. Assicurare l'efficacia delle prestazioni rese. Articolare i livelli di intensità delle prestazioni tenuto conto della natura dei bisogni.
INNOVAZIONE TECNOLOGICA	Individuare le priorità di sviluppo delle nuove tecnologie. Dismettere le strutture obsolete e ricostituire le dotazioni strutturali, impiantistiche e tecnologiche. Sviluppare le procedure di valutazione delle tecnologie. Migliorare l'utilizzo delle dotazioni esistenti e dei processi di gestione e manutenzione delle apparecchiature biomediche. Coinvolgere gli operatori nei processi di introduzione e gestione delle nuove tecnologie. Adeguare le apparecchiature e le tecnologie alle disposizioni di sicurezza. Adeguare la rete dei laboratori diagnostici.
SORVEGLIANZA PATOLOGIE RARE	Garantire diagnosi tempestive e pronto riferimento ai centri specialistici per la terapia. Sviluppare l'attività di prevenzione. Sostenere la ricerca.

AUTOSUFFICIENZA SANGUE E EMODERIVATI	Aumentare il numero dei donatori volontari periodici e l'indice di donazione e ridimensionare le donazioni occasionali Razionalizzare il ricorso alla trasfusione e impiegare ove possibile la trasfusione di sangue autologo
SANITA PUBBLICA VETERINARIA	Procedere all'accreditamento dei servizi e dei laboratori di sanita pubblica veterinaria Sviluppare il sistema informativo e integrarlo anche a livello internazionale Sviluppare le attivita e gli interventi finalizzati alla riduzione dei rischi Sviluppare le azioni di cooperazione internazionale in materia di tutela sanitaria Sviluppare le attività di formazione
SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO	Sviluppare sistemi orientati al risultato finale del servizio sanitario Integrare i diversi sistemi informativi sanitari, fra loro e con i sistemi informativi della Pubblica amministrazione Potenziare i sistemi informativi a livello locale e sviluppare connessioni di rete Migliorare i protocolli di raccolta e di elaborazione dei dati Valorizzare e diffondere il patrimonio informativo sanitario

PARTE II

LE STRATEGIE PER IL CAMBIAMENTO

LE GARANZIE DEL SSN

Il sistema delle garanzie del Ssn si esprime operativamente nel processo di individuazione e specificazione dei livelli di assistenza, che si articola nei seguenti momenti essenziali:

- l'esplicitazione dei principi che guidano la definizione delle garanzie che il Ssn assume e si impegna a rispettare;
- l'articolazione delle funzioni e delle aree di attività comprese nei livelli di assistenza;
- la precisazione degli interventi e delle prestazioni da assicurare e l'individuazione dei criteri di appropriatezza dell'utilizzo dei servizi da parte dei cittadini e dei prescrittori;
- la determinazione della quota capitaria di finanziamento necessaria per la garanzia dei livelli di assistenza;
- la determinazione del fabbisogno complessivo del Ssn compatibile con le disponibilità finanziarie;
- la definizione degli strumenti operativi per il governo dei livelli di assistenza.

Tutte le esperienze internazionali fin qui disponibili dimostrano che la definizione dei livelli di assistenza è un obiettivo socialmente e tecnicamente molto complesso, nonché in continuo divenire, in quanto deve tenere conto del progresso scientifico e della innovazione tecnologica che influenzano le valutazioni di efficacia e di appropriatezza delle prestazioni. Il Piano sanitario nazionale1998-2000 indica, pertanto, i principi ed i criteri generali, rinviando alla elaborazione di specifiche linee di indirizzo le specifiche definizioni operative relative ai diversi settori di attività.

I PRINCIPI GUIDA

I PRINCIPI

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 definisce i livelli di assistenza alla luce dei principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale:

- il *principio della dignità umana*, in base al quale ogni persona ha uguale dignità e uguali diritti, a prescindere dalle caratteristiche personali e dal ruolo svolto nella società;
- il *principio della salvaguardia*, in base al quale lo stato di salute della persona va tutelato prima che possa essere pregiudicato;
- il *principio del bisogno*, in base al quale tutte le persone in condizione di bisogno hanno diritto all'assistenza e le risorse disponibili devono essere prioritariamente indirizzate a favore delle attività in grado di rispondere ai bisogni primari della popolazione;
- il *principio della solidarietà nei confronti dei soggetti più vulnerabili*, in base al quale le risorse devono essere prioritariamente utilizzate a favore dei gruppi di popolazione, delle persone e delle condizioni che presentano bisogni rilevanti in termini sociali e clinico-epidemiologici;
- il *principio dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi*, in base al quale le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta in base alle evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio;

- il *principio dell'efficienza produttiva*, in base al quale nella scelta fra differenti modalità di organizzazione dell'offerta e fra differenti tipologie di attività devono essere privilegiati gli interventi che, a parità di risultato, garantiscono un uso ottimale delle risorse;
- il *principio dell'equità*, in base al quale deve essere assicurata la rimozione delle barriere geografiche ed economiche che ostacolano il ricorso all'assistenza sanitaria da parte dei cittadini e devono essere colmati i divari informativi e comportamentali che discriminano le persone e i gruppi di popolazione nei confronti della salute, in modo da garantire eguali opportunità di accesso e di assistenza, a parità di bisogno.

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

I livelli di assistenza sanitaria definiscono le garanzie che il Ssn si impegna ad assicurare nei confronti dei cittadini, al fine di realizzare la coerenza fra l'obiettivo generale di tutela della salute e il finanziamento a disposizione del Servizio sanitario nazionale (art.1 , c. 1, d.lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni; Psn 1994-96).

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 individua nei livelli essenziali di assistenza l'ambito delle garanzie che il Ssn si impegna ad assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale alla totalità dei cittadini.

Sono definiti essenziali i livelli di assistenza che, in quanto necessari (per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione) ed appropriati (rispetto sia alle specifiche esigenze di salute del cittadino sia alle modalità di erogazione delle prestazioni), debbono essere uniformemente garantiti su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività, tenendo conto delle differenze nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute.

L'ESIGENZA DI RIEQUILIBRIO

L'effettiva garanzia dei livelli essenziali di assistenza implica una riorganizzazione del sistema che permetta il riequilibrio all'interno del Ssn fra i diversi settori di intervento.

Particolare impegno deve essere dedicato alla riallocazione delle risorse:

- dalla cura alla prevenzione;
- dalla generalità della popolazione ai gruppi a rischio;
- dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale.

La riallocazione delle risorse, da realizzarsi attraverso l'elaborazione di programmi che favoriscano un diffuso coordinamento intra e inter-aziendale, deve prevedere il potenziamento dell'assistenza in regime di ricovero diurno (in alternativa alla degenza ordinaria), lo sviluppo degli interventi di riabilitazione e lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare (in alternativa alle prestazioni per acuti), la diffusione dell'assistenza integrata a domicilio (in alternativa a quella residenziale), lo sviluppo di programmi di screening periodici selettivi sulla popolazione a rischio (in alternativa alla diagnostica ambulatoriale su richiesta), il ridimensionamento della diagnostica strumentale (anche in relazione all'introduzione di profili di appropriatezza delle richieste e con particolare riguardo alle prestazioni ad alto costo o effettuate in serie), il potenziamento dell'assistenza odontoiatrica e oculistica (attualmente carenti), nonché ogni altra riallocazione specificamente rivolta a riequilibrare l'offerta a livello locale.

Per le condizioni che interessano le aree del disagio e dell'emarginazione, la definizione della integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria (e dei criteri per l'imputazione della rispettiva spesa) è condizione necessaria per la concreta attuazione dei livelli di assistenza, ferma restando la necessità di definire, in parallelo, adeguati livelli di garanzia anche per l'assistenza sociale.

GRATUITA DEL SERVIZIO E PARTECIPAZIONE AL COSTO

Le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza sono erogate dal Servizio sanitario nazionale a tutti i cittadini (art. 50, legge n. 450/1997 e decreto legislativo n. 124/1998):

- senza oneri a carico dell'utente al momento della fruizione del servizio, relativamente a: le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni di assistenza specialistica incluse in programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva realizzati in attuazione del Piano sanitario nazionale, dei Piani sanitari regionali o comunque promossi o autorizzati con atti formali della Regione o della Provincia autonoma; le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni di assistenza specialistica finalizzate alla tutela della salute collettiva obbligatorie per legge o disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche e quelle finalizzate all'avviamento al lavoro; le prestazioni di medicina generale e di pediatria di libera scelta; i trattamenti erogati nel corso di ricovero ospedaliero in regime ordinario, ivi inclusi i ricoveri di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie, e le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate dalla medesima struttura, ai sensi dell'articolo 1, comma 18, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;
- dietro pagamento di una quota limitata, per le restanti prestazioni soggette - in base alla normativa vigente - alla compartecipazione alla spesa, definita in modo da promuovere la consapevolezza dell'onere economico connesso alla erogazione delle prestazioni e comunque di entità tale da non costituire ostacolo all'utilizzo dei servizi da parte del singolo cittadino. Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 conferma quanto previsto dal d. lgs 29 aprile 1998 n. 124 e, in particolare, quanto previsto dall'art. 3, comma 3.

L'ESIGENZA DI UNIFORMITA EFFETTIVA

In armonia con quanto previsto dal Documento di Programmazione Economico-Finanziaria per gli anni 1998-2000, obiettivi di equità sociale impongono di dare uniformità effettiva alla copertura assistenziale offerta dal Ssn, attraverso *interventi volti specificamente a contrastare i fattori a causa dei quali le differenze socio-economiche fra cittadini possono trasformarsi in diseguaglianze nei confronti dell'accesso ai servizi sanitari e della salute.*

L'eliminazione delle barriere economiche all'utilizzo delle prestazioni sanitarie non è sufficiente ad assicurare l'uniformità di accesso ai livelli di assistenza a parità di bisogno nelle diverse realtà territoriali e fra i diversi gruppi sociali.

Il riferimento al criterio dell'uniformità impone anche il graduale superamento di ogni forma di oggettiva, seppur implicita, limitazione dell'ambito effettivo delle garanzie. L'inadeguata offerta di servizi, la carenza di informazioni su disponibilità e modalità di accesso, la presenza di tempi di attesa abnormemente elevati in rapporto alle necessità assistenziali rappresentano le principali limitazioni ad una effettiva uniformità nelle diverse realtà territoriali e nei diversi settori di attività.

LE LISTE DI ATTESA

Le Regioni e le Aziende sanitarie, nell'ambito delle linee di indirizzo per l'individuazione delle priorità assistenziali e della indicazione degli obiettivi gestionali, elaborano *programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa* per i ricoveri ospedalieri e l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Strumenti prioritari di intervento a questo scopo sono il pieno utilizzo delle risorse assistenziali disponibili e il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni. attraverso la adozione di Linee guida, garantendo comunque il coinvolgimento dei medici prescrittori e un'adeguata informazione ai cittadini.

SERVIZI E PRESTAZIONI ESSENZIALI

La definizione operativa dell'ambito delle garanzie uniformemente offerte dal Ssn secondo il *principio della essenzialità* richiede l'indicazione dei servizi e delle prestazioni che, per specifiche condizioni cliniche o di rischio per la salute, presentano evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale e/o collettivo, a fronte delle risorse impegnate.

CRITERI DI ESCLUSIONE

Tale indicazione implica l'esclusione, dai livelli di assistenza finanziati attraverso la quota capitaria, delle prestazioni e dei servizi che: i) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi (ovvero la cui efficacia non e dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili e/o sono utilizzate per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate); ii) non rispondono al principio dell'efficienza produttiva (ovvero non garantiscono un uso ottimale delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza); iii) non soddisfano primari bisogni di salute.

A quest'ultima categoria appartengono, ad esempio, la chirurgia estetica non conseguente a incidenti, malattie o malformazioni congenite; le certificazioni mediche non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge; le vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero.

Secondo questi criteri sono inoltre escluse le forme di assistenza che, pur rispondendo al principio dell'efficacia clinica, risultano inappropriate rispetto alle specifiche necessità assistenziali, in quanto sproporzionate nei tempi, nelle modalità di erogazione o nella quantità di prestazioni fornite, nonché gli interventi e le prestazioni comunque, sostituibili da altre con un rapporto costo-efficacia più soddisfacente. Appartengono a questa categoria le procedure ed i programmi di screening con un rapporto costo-efficacia sfavorevole; numerose prestazioni attualmente erogate in degenza ospedaliera che potrebbero essere più appropriatamente fornite in ambiente ambulatoriale, in day-hospital o in sede residenziale extra-ospedaliera.

PROGRAMMA NAZIONALE PER LE LINEE GUIDA

E' obiettivo del Piano sanitario nazionale 1998-2000 avviare un Programma nazionale per l'elaborazione, la diffusione e la valutazione di Linee guida e percorsi diagnostici e terapeutici.

Lo sviluppo delle Linee guida rappresenta un processo complesso, dal punto di vista organizzativo e metodologico, che richiede competenze tecniche e risorse adeguate, secondo un approccio finalizzato a:

- selezionare le condizioni cliniche e gli interventi sanitari secondo criteri espliciti di priorità;
- interessare tutti i potenziali destinatari, operatori sanitari, cittadini e amministratori, nella fase di elaborazione e in quelle di diffusione e valutazione;
- articolarsi in diverse fasi, alla cui realizzazione concorrono diversi soggetti e livelli di responsabilità del Ssn:
  - *l'elaborazione* secondo precisi requisiti metodologici relativi alla raccolta e all'analisi delle evidenze scientifiche disponibili e alla loro successiva utilizzazione per la costruzione della linea guida;
  - la *diffusione* secondo modalità che ne permettano la massima accessibilità da parte di tutti i soggetti interessati;
  - *l'adozione* nella pratica assistenziale;
  - la *verifica* di impatto sulla qualità e sui costi dell'assistenza, anche ai fini del tempestivo *aggiornamento* e della *revisione* delle Linee guida.

LE PRIORITÀ

Condizioni, procedure e programmi di intervento saranno selezionati in base ai seguenti criteri di priorità:

- frequenza nella popolazione generale o in sottogruppi significativi di popolazione;
- costi, diretti e indiretti, della condizione, della procedura o del programma di intervento;
- variabilità nell'accesso ai servizi, nelle modalità di assistenza e/o nei risultati finali;
- fattibilità pratica in ragione delle informazioni disponibili;
- rilevanza rispetto a programmi nazionali e regionali che perseguano obiettivi di salute e di innovazione delle forme di assistenza.

Particolare attenzione dovrà, inoltre, essere prestata alla preventiva verifica della efficacia, della economicità e della appropriatezza nell'impiego di prestazioni e/o di modalità di assistenza innovative.

LE PRIME DIECI LINEE GUIDA

Anche avvalendosi delle esperienze nazionali ed internazionali attualmente disponibili, entro il primo anno di attuazione del Psn saranno definite le Linee guida per almeno dieci fra le seguenti condizioni cliniche, interventi e programmi di intervento selezionati secondo i criteri su indicati:

- diagnosi precoce e trattamento delle ipercolesterolemie;
- mal di schiena;
- broncopolmonite;
- asma bronchiale;
- ulcera peptica;
- gravidanza fisiologica;
- ipertensione arteriosa;
- angina pectoris;
- neoplasie della mammella;
- neoplasie della cervice uterina;
- vaccinazione antiinfluenzale;
- profilassi antibiotica in chirurgia;
- diagnostica pre-operatoria.

Specifica priorità deve essere data alla elaborazione di Linee guida che definiscano le indicazioni cliniche relative alle prestazioni erogabili a livello ambulatoriale ed in regime di ricovero diurno, con particolare riferimento agli interventi chirurgici elettivi per liberazione del tunnel carpale, legatura o asportazione di vene degli arti inferiori, cataratta, ernia inguinale, colecistectomia.

Alta priorità dovrà essere riservata alle Linee guida la cui applicazione è in grado di assicurare una diminuzione dei costi complessivi a carico del Ssn.

SUPERAMENTO LIMITI MASSIMI DI SPESA

In caso di superamento dei limiti massimi di spesa compatibili con le disponibilità finanziarie, fatto salvo quanto previsto dalla normativa in vigore con riferimento al ricorso all'autofinanziamento regionale, le Regioni possono definire i criteri di erogabilità a carico del Fondo sanitario regionale delle prestazioni fornite da strutture pubbliche e private accreditate, nel rispetto dei principi alla base del Ssn e tenuto conto dei diversi livelli di priorità delle prestazioni e dei servizi di assistenza sanitaria.

L'ARTICOLAZIONE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA

IL RACCORDO CON IL PSN '94-'96

Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-96 precisava, sulla base degli obiettivi assistenziali da raggiungere e delle prestazioni sanitarie da erogare, sei livelli di assistenza da garantire in condizioni di uniformità a tutta la popolazione.

Le conoscenze acquisite nel corso del triennio 1994-96 sui diversi modelli regionali di risposta ai bisogni di salute dei cittadini, le rilevanti modificazioni intervenute in attuazione della normativa nazionale e regionale, nonché il mutato contesto socio-economico suggeriscono la precisazione di una nuova articolazione dei livelli di assistenza.

La ridefinizione dei livelli garantiti di assistenza, e la conseguente riclassificazione delle attività e delle prestazioni in essi comprese, risponde all'esigenza di esplicitare e valorizzare l'articolazione delle funzioni assistenziali nelle tre grandi macro aree di offerta previste dalla normativa in vigore.

TRE LIVELLI

I livelli di assistenza sono quindi definiti con riferimento a:

- *l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;*
- *l'assistenza distrettuale;*
- *l'assistenza ospedaliera.*

L'articolazione in tre grandi aree di attività è definita alla luce delle seguenti considerazioni:

a) l'esigenza di valorizzare le attività svolte dal *Dipartimento di prevenzione*, in armonia con quanto previsto dal d. lgs 502/1992 (e successive integrazioni e modificazioni) e in coerenza con l'obiettivo di potenziare le attività di prevenzione. Giova peraltro precisare che interventi di prevenzione primaria e secondaria (quali, ad esempio, educazione sanitaria, *counseling*, prevenzione individuale e per gruppi a rischio effettuata dai medici di medicina generale e da altre professionalità sanitarie) sono svolti anche dai livelli di assistenza distrettuale e ospedaliera (nell'ambito delle risorse ad essi attribuite), oltre che da settori non sanitari, in un comune impegno di promozione della salute;

b) l'esigenza di ricomporre all'interno del macro livello *assistenza sanitaria distrettuale* i tre livelli di assistenza (relativi all'assistenza sanitaria di base, all'assistenza specialistica, semi-residenziale territoriale e all'assistenza residenziale sanitaria: livelli 2, 3 e 5 del Psn 1994-96) precedentemente classificati separatamente, ma fortemente integrati e correlati. Giova precisare che attività di assistenza sanitaria ricomprese nel livello distrettuale possono essere svolte anche nelle strutture ospedaliere (ad esempio, l'assistenza specialistica ambulatoriale). L'esplicitazione del livello distrettuale è coerente con l'obiettivo di conferire al distretto una precisa identità all'interno dell'azienda sanitaria locale per il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività di assistenza sanitaria di carattere extra-ospedaliero;

c) l'esigenza di superare la specificazione del *livello di supporto all'organizzazione dell'attività*, precedentemente considerato separatamente (livello 6 del Psn 1994-96), ma strettamente funzionale all'organizzazione e all'erogazione delle attività comprese negli altri livelli di assistenza sanitaria.

I singoli livelli sono articolati in *sotto-livelli* (tab. 2) individuati con riferimento alle aree di intervento, ai fattori di spesa, alle modalità di organizzazione dell'offerta e alle specifiche categorie di utenti ai quali si rivolgono, tenuto conto delle specificità e delle esigenze conoscitive dei diversi settori di intervento.

Tab. 2 - Livelli di assistenza sanitaria
articolazione per aree di offerta

1. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO
   Profilassi delle malattie infettive e diffusive
   Tutela dei rischi connessi con l'inquinamento ambientale
   Tutela dei rischi connessi con gli ambienti di vita e di lavoro
   Sanità pubblica veterinaria
   Tutela igienico sanitaria degli alimenti
2. ASSISTENZA DISTRETTUALE
   Assistenza sanitaria di base
   Assistenza farmaceutica
   Assistenza specialistica ambulatoriale
   Assistenza territoriale e semi-residenziale
   Assistenza residenziale sanitaria
3. ASSISTENZA OSPEDALIERA
   Assistenza per acuti (emergenza, ordinaria e in day hospital)
   Assistenza post-acuzie (riabilitazione ordinaria e in day hospital e lungodegenza)

L'ADEGUAMENTO DEI FLUSSI INFORMATIVI

Il monitoraggio e la verifica dei livelli di assistenza effettivamente garantiti alla popolazione, dei risultati raggiunti e dei relativi livelli di spesa richiedono un adeguamento del sistema informativo.

Apposite linee di guida saranno emanate al fine di favorire il raccordo dei flussi informativi esistenti con i nuovi modelli di monitoraggio e verifica dei livelli di assistenza.

LA DETERMINAZIONE DELLA QUOTA CAPITARIA

IL SIGNIFICATO DELLA QUOTA CAPITARIA

La *quota capitaria di finanziamento* esplicita il valore pro capite medio nazionale necessario per assicurare la copertura del fabbisogno finanziario dei livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Il valore e calcolato tenuto conto delle condizioni demografiche, epidemiologiche e organizzative osservate in prossimità dell'inizio del triennio di validità del Psn 1998-2000 sull'intera realtà nazionale e con riferimento alla totalità della popolazione italiana.

La quota capitaria è definita sulla base di parametri volti a sintetizzare, relativamente agli specifici livelli di assistenza, la quantità di risorse fisiche e/o finanziarie necessarie per assicurare l'organizzazione e l'erogazione degli interventi garantiti dai livelli essenziali di assistenza.

I PARAMETRI DI RIFERIMENTO

I parametri fisici e i relativi costi unitari medi di riferimento sono definiti in relazione alle risultanze dell'attività del *Nucleo tecnico di verifica per il monitoraggio dei livelli di assistenza sanitaria fissati dal Psn 1994-96* (istituito nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome), integrate con le rilevazioni disponibili dei flussi informativi delle Aziende Usl e delle aziende ospedaliere, tenuto conto delle indicazioni della normativa nazionale (ove specificamente previste) e degli obiettivi prioritari indicati dal Psn 1998-2000.

Al fine di consentire la verifica sistematica della congruità del Fondo sanitario nazionale, in sede di monitoraggio dei livelli di assistenza, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome affinerà il sistema di parametri già collaudati nei passati esercizi.

I parametri utilizzati devono intendersi come meramente funzionali alla ricostruzione della quota capitaria di finanziamento; in quanto tali, non costituiscono valori di riferimento (o valori obiettivo da raggiungere), non impongono alle Regioni vincoli all'allocazione delle risorse, non individuano percorsi privilegiati di distribuzione dei fondi (fra aree di intervento o fra realtà territoriali). La quota capitaria non costituisce l'equivalente finanziario dei servizi e delle prestazioni da assicurare a ciascun cittadino.

La quota capitaria di finanziamento comprende anche le risorse necessarie al funzionamento del Ssn. Nell'allocazione delle risorse, particolare attenzione dovrà essere rivolta ad assicurare le funzioni di organizzazione, amministrazione e gestione, le quali costituiscono prerequisito affinché il sistema sanitario possa erogare le prestazioni che ne rappresentano obiettivo primario, in condizioni di efficienza ed efficacia.

L'esplicitazione della metodologia seguita per la determinazione della quota capitaria, in risposta a precise esigenze di trasparenza e chiarezza nei rapporti tra Stato, regioni e province autonome è rinviata a uno specifico documento tecnico.

IL FINANZIAMENTO DEI LIVELLI DI ASSISTENZA

LA DINAMICA DEL FINANZIAMENTO

Nel triennio 1998-2000, il Ssn assicura i livelli di assistenza, così come definiti dal presente Psn, attraverso l'adeguamento rispetto all'inflazione della quota capitaria di finanziamento.

Inoltre, in considerazione della crescita della domanda di prestazioni sanitarie, nonché dell'inadeguatezza del tasso generale di inflazione a rappresentare l'aumento medio dei prezzi dei fattori produttivi impiegati nel settore sanitario, le disponibilità finanziarie del SSN sono adeguate, compatibilmente con gli obiettivi imposti dal risanamento della finanza pubblica, in modo da assicurare nell'arco del triennio (rispetto al 1998) l'aumento del 3% delle risorse complessive.

LA QUOTA CAPITARIA NEL TRIENNIO

Per il triennio 1998 - 2000, la quota capitaria di finanziamento dei livelli di assistenza, determinata tenuto conto dei tassi di inflazione e di crescita reale del Pil previsti dal Documento di Programmazione Economico-Finanziaria 1998-2000, è così definita:

1998	L. 1.795.305	
1999	L. 1.849.165	(L. 1.795.305, incrementate del 3%)
2000	L. 1.904.640	(L. 1.849.165, incrementate del 3%)

FONDI IN CONTO CAPITALE

Le spese in conto capitale per il triennio 1998-2000 trovano copertura nelle previsioni indicate nella legge finanziaria per il 1998 (legge n. 449/1997), per un importo di 240 miliardi per l'anno 1998 e di 250 miliardi per ciascuno degli anni 1999 e 2000.

Per gli investimenti nelle aziende sanitarie sono disponibili 2.500 miliardi stanziati complessivamente per il 1998 e il 1999 (rispettivamente 670 e 1830) come avvio della seconda fase del piano decennale introdotto con l'articolo 20 della legge 67/1988, per la quale saranno formulate proposte di utilizzo in sede locale, da concordare in sede di Conferenza Stato-Regioni con il fine di affrontare anche le problematiche relative alla sicurezza delle strutture.

Per il triennio 1998-2000 la legge finanziaria per il 1998 (legge n. 450/1997) ha inoltre accantonato (in tabella B) complessivi 828 miliardi (rispettivamente 249,5, 427,6 e 150,9 miliardi per ciascuno degli anni di riferimento) da utilizzare attraverso apposito provvedimento normativo per edilizia sanitaria e nuove forme di progettualità che possono supportare interventi innovativi nel campo dell'assistenza ai malati terminali, per il miglioramento del funzionamento della rete dei servizi sul territorio e per l'assistenza al di fuori dell'ambiente ospedaliero.

STRUMENTI PER LA GARANZIA DEI LIVELLI DI ASSISTENZA

IL PERSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI TUTELA

LE QUESTIONI APERTE

Il perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini, attraverso la garanzia dei livelli essenziali di assistenza e nel rispetto dei vincoli imposti dal finanziamento a quota capitaria, richiede in via preliminare uno sforzo di riflessione sulle "questioni aperte" del sistema sanitario italiano, con riferimento sia al modello di servizio sanitario verso il quale si vuole tendere, sia al percorso da seguire nel processo di transizione dal vecchio al nuovo ordinamento.

Ai fini della concreta definizione degli strumenti utili per il perseguimento degli obiettivi di garanzia dei livelli di assistenza, il Psn 1998-2000 individua come prioritaria la precisazione (anche in sede normativa) di alcuni aspetti del processo di riordino, avviato con la legge n. 421/1992, non ancora sufficientemente definiti, ma fondamentali per il proseguimento del percorso di cambiamento del Ssn, che trova riscontro nel disegno di legge di delega per la razionalizzazione del Ssn all'esame del Parlamento.

Costituiscono aspetti chiave del processo di riordino del Ssn, rispetto a ciascuno dei quali verranno emanati specifici documenti di approfondimento e linee di guida operative, i seguenti elementi.

a) *Programmazione nazionale e finanziamento del Ssn*

RUOLO AUTONOMIE LOCALI

- la ridefinizione del ruolo delle autonomie locali nella programmazione regionale e nell'integrazione socio-sanitaria;

RIORDINO TICKET E REVISIONE ESENZIONI

- il riordino del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni e la revisione del regime delle esenzioni, al fine di garantire maggiore equità nella ripartizione degli oneri a carico degli utenti e di evitare utilizzazioni improprie dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni (ai sensi dell'articolo 59, comma 50, della legge n. 449/1997);

SOMME DA INTROITARE NEL FSN

- la revisione della disciplina concernente il rimborso degli oneri sostenuti dal Ssn per l'assistenza sanitaria fruita da pazienti vittime di incidenti stradali, di infortuni sul lavoro e di malattie professionali (ai sensi dell'articolo 38 della legge n. 449/1997);

IL FINANZIAMENTO DELLE REGIONI

- la definizione del *sistema di finanziamento* delle Regioni, con riferimento alle modalità di riparto delle risorse disponibili a livello nazionale, nonché in relazione all'introduzione dell'imposta regionale sulle attività produttive;

FORME INTEGRATIVE DI ASSISTENZA

- la disciplina delle forme integrative di assistenza in rapporto ai livelli essenziali di assistenza.

AGENZIA PER I SERVIZI SANITARI

- la ridefinizione del ruolo dell'Agenzia per i servizi sanitari, quale strumento di raccordo, con caratteristiche di terzietà, per la collaborazione e l'azione coordinata tra i diversi livelli di governo, anche in relazione alle innovazioni introdotte dai d. lgs. n. 281 del 1997 e n. 115 del 1998. La riformulazione dei compiti prevede nuove competenze in tema di monitoraggio sulle modalità di accreditamento delle strutture pubbliche e private, sull'attuazione dei protocolli di intesa tra Università e Regioni, nonché l'inclusione della funzione di esprimere parere sui provvedimenti sostitutivi adottati dal Consiglio dei Ministri

su proposta del Ministro della Sanità. La ridefinizione delle modalità e delle garanzie, attraverso le quali l'Agenzia individua gli interventi da adottare per il recupero dell'efficienza, dell'economicità e della funzionalità nella gestione dei servizi sanitari e fornisce alle Regioni il supporto tecnico per la predisposizione dei programmi operativi, costituisce strumento per l'ottimizzazione dell'uso delle risorse.

b) Funzioni di tutela e di produzione

DUE FUNZIONI TUTELA E PRODUZIONE

- la precisazione di un sistema di programmazione sanitaria articolato a livello regionale, secondo quanto previsto dal d.lgs 502/92 e successive modificazioni, e, a livello locale, secondo modalità da sviluppare, nelle due funzioni di:
  - I. tutela della salute dei cittadini,
  - II. produzione ed erogazione dei servizi;

LE REGIONI

- la specificazione del ruolo delle *Regioni*, responsabili del perseguimento degli obiettivi di salute e, al contempo, dell'equilibrio fra finanziamento complessivo e spesa aggregata.
  Relativamente al ruolo *programmatorio* delle Regioni e delle Province autonome, la normativa in vigore, per quanto in via di definizione, prevede nuove funzioni di regolazione dei soggetti erogatori, nelle fasi dell'autorizzazione, dell'accreditamento e dei controlli di qualità. Le Regioni devono inoltre esercitare un ruolo rilevante, non ancora adeguatamente sviluppato, di indirizzo nei riguardi delle Aziende Usl nella elaborazione dei piani annuali di attività e nella relativa definizione dei livelli di spesa;

LE AZIENDE UNITA SANITARIE LOCALI

- la specificazione del duplice ruolo svolto dalle *Aziende Usl* di tutela della salute della popolazione e di produzione ed erogazione di prestazioni sanitarie.
  Nello svolgimento delle *funzioni di tutela* della salute, le Aziende Usl provvedono ad assicurare i livelli di assistenza nel proprio ambito territoriale, avvalendosi dei soggetti erogatori accreditati dalla Regione, garantendo l'equilibrio tra il finanziamento assegnato dalla Regione tramite le quote capitarie e le spese per l'acquisizione delle prestazioni e dei servizi. Nello svolgimento delle *funzioni di produzione*, le Aziende Usl provvedono a gestire i propri presidi e servizi territoriali, garantendo l'equilibrio tra la remunerazione, tariffaria e non, delle prestazioni erogate e i costi di gestione;

IL FINANZIAMENTO DELLE REGIONI E DELLE AZIENDE USL

- la definizione del *sistema di finanziamento* delle Regioni e delle Aziende Usl, con riferimento al riparto delle risorse a livello nazionale e regionale;

UNIVERSITA E REGIONI

- la previsione di aziende con personalità giuridica autonoma che, attraverso nuovi modelli integrati di collaborazione tra Università e Regioni e con organizzazione dipartimentale, assicurino le attività assistenziali correlate con le esigenze di formazione e di ricerca e coerenti con la programmazione sanitaria nazionale e regionale;

L'ACCREDITAMENTO

- la realizzazione operativa dell'istituto dell'accreditamento in tutto il Servizio sanitario nazionale;

LA REMUNERAZIONE

- il completamento del processo, avviato con il d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, di revisione del *sistema* di *remunerazione* dei soggetti, pubblici e privati, produttori di prestazioni sanitarie;

L'AZIENDALIZZAZIONE

- il completamento del processo di aziendalizzazione in tutte le realtà sanitarie locali, la predisposizione da parte delle Regioni di specifiche norme sulla gestione economico-finanziaria e patrimoniale, l'attivazione della contabilità analitica per centri di costo, l'adozione del bilancio preventivo economico annuale e pluriennale.
Lo sviluppo del modello aziendale, come formula organizzativa volta ad assicurare la disponibilità di meccanismi e strumenti gestionali idonei alla realizzazione del soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione secondo criteri ispirati ai principi di economicità, responsabilità e autonomia, deve essere completato e verificato, anche alla luce delle innovazioni normative in via di definizione, a consolidamento e sostegno del processo di aziendalizzazione avviato con il d. lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni. Esso e in grado di garantire alla direzione la necessaria autonomia organizzativa, nell'ambito della funzione di indirizzo, programmazione e controllo della Regione, finalizzata a conseguire la migliore combinazione delle risorse a disposizione. Lo sviluppo di strumenti gestionali di tipo aziendale, la responsabilizzazione della dirigenza nelle singole aziende, la migliore definizione del ruolo del personale dipendente e convenzionato, la razionalizzazione delle strutture e delle attività connesse alla prestazione di servizi sono orientati alla realizzazione di condizioni per la migliore utilizzazione delle risorse a disposizione del SSN.

Di seguito sono riportate alcune prime indicazioni.

IL FINANZIAMENTO DELLE REGIONI E DELLE AZIENDE USL

Allo scopo di sostenere i livelli regionali e locali nella concreta realizzazione degli obiettivi definiti nell'ambito del Piano sanitario nazionale 1998-2000, sono indicati, relativamente al *sistema di finanziamento* delle Regioni e delle Aziende Usl, i seguenti obiettivi e interventi prioritari:

IL RIPARTO FRA REGIONI E PROVINCE AUTONOME

- Le risorse disponibili a livello nazionale sono ripartite fra le regioni e le province autonome sulla base di una quota capitaria corretta al fine di tenere conto delle specifiche caratteristiche demografiche e socio-sanitarie della popolazione residente in ciascuna Regione, secondo i criteri generali e le modalità indicate all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

QUOTE VINCOLATE DEL FSN

- Ai sensi del comma 34 bis, dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive modifiche e integrazioni, le Regioni, relativamente agli obiettivi di carattere prioritario del Psn e di rilievo nazionale, elaborano specifici progetti di intervento da finanziare attraverso quote vincolate del Fondo sanitario nazionale.
Le quote vincolate del Fsn sono finalizzate al finanziamento di programmi che soddisfino i seguenti criteri e parametri:
  - abbiano dimensione interregionale;
  - siano di durata pluriennale;
  - si propongano risultati (intermedi e finali) misurabili e verificabili;

  e facciano riferimento a obiettivi finalizzati prioritariamente:
  - alla riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute,
  - all'adozione di programmi di prevenzione di provata efficacia,
  - al superamento di problemi di carenze strutturali del sistema.

  A tal fine, per ciascuno degli anni del triennio 1998-2000, è utilizzata una quota pari al 3% del Fondo sanitario nazionale (di cui all'art. 12, comma 1 del d. lgs. 502/1992). Tale quota potrà essere ridefinita anche in relazione alla capacità progettuale delle Regioni con le modalità di cui all'art. 1, comma 1 del d.lgs. 502/1992. Le risorse saranno distribuite sulla base di progetti

interregionali condivisi e concordati. Le Regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sicilia e Sardegna e le Province Autonome Trento e Bolzano partecipano ai progetti interregionali secondo le norme vigenti con fondi a proprio carico.
Uno specifico documento tecnico, da elaborare entro 2 mesi dall'approvazione del Piano, definisce i parametri di riparto e le modalità per una assegnazione tempestiva delle risorse.

- Le Regioni provvedono a ripartire fra le Aziende Usl il Fondo sanitario regionale (al netto delle quote accantonate allo scopo di finanziare programmi speciali e progetti di rilievo regionale) sulla base di criteri congruenti con quelli utilizzati per l'allocazione delle risorse a livello nazionale.

IL FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE USL

- Al fine di orientare l'allocazione delle risorse alla realizzazione della garanzia dei livelli essenziali di assistenza le Regioni provvedono a definire linee di indirizzo per l'individuazione delle priorità assistenziali verso cui indirizzare le risorse relativamente alle funzioni e alle attività da potenziare (con particolare riguardo alla prevenzione, sia a livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, sia a livello di assistenza distrettuale, con particolare riferimento all'azione dei medici di medicina generale) o da depotenziare (come l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero ordinario).

PRIORITA ASSISTENZIALI PER LE AZIENDE USL

- Al fine di evitare possibili penalizzazioni nei confronti delle Aziende Usl sul cui territorio insistono strutture produttive di maggiore complessità funzionale (appartenenti a classi tipologiche soggette a remunerazione tariffaria *piena*), le Regioni possono definire criteri da utilizzare in sede di riparto dei fondi regionali volti a tenere conto degli effetti prodotti dalla articolazione delle tariffe sulla spesa sostenuta dalle singole Aziende Usl.

EFFETTI SULLA SPESA DELLA ARTICOLAZIONE DELLE TARIFFE

- Al fine di assicurare il perseguimento dei livelli di assistenza di cui alla programmazione nazionale e regionale, le Regioni e le Aziende sanitarie definiscono annualmente gli obiettivi da raggiungere (i risultati attesi) e gli indicatori da utilizzare per la valutazione del perseguimento degli obiettivi, anche al fine della attribuzione della quota variabile ed accessoria della remunerazione di direttori generali e delle direzioni strategiche.

ACCORDI FRA REGIONI E AZIENDE

LA REMUNERAZIONE DEI SOGGETTI EROGATORI

Allo scopo di integrare e completare i sistemi di remunerazione delle strutture produttive pubbliche e private, il Piano sanitario nazionale 1998-2000 indica i seguenti punti prioritari:

- definizione dei criteri di delimitazione dell'ambito di applicazione del pagamento a prestazione e identificazione delle attività da remunerare attraverso programmi finalizzati di finanziamento, alternativi o integrativi rispetto al sistema tariffario;

REMUNERAZIONE NON TARIFFARIA
AMBITI DI APPLICAZIONE
E

- individuazione di modalità di finanziamento, commisurate ai costi standard di produzione e agli obiettivi da perseguire, delle attività escluse dal pagamento a prestazione e contestuale definizione di sistemi di valutazione della produttività delle strutture destinatarie di tale modalità di remunerazione;

MODALITA DI FINANZIAMENTO

- revisione e aggiornamento dei sistemi tariffari di remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati e contestuale identificazione, ai fini della modulazione delle tariffe, dei criteri di articolazione delle strutture erogatrici in classi tipologiche,

SISTEMI TARIFFARI

STRUMENTI DI CONTROLLO

- definizione e attivazione di idonei e sistematici strumenti di controllo, da parte delle Regioni e delle Aziende Usl, del comportamento degli erogatori pubblici e privati, con particolare riguardo alla modificazione del *mix* di attività erogate, della selezione delle prestazioni, alla appropriatezza delle prestazioni rese e alla qualità dell'assistenza erogata;

PIANI PREVENTIVI DI ATTIVITÀ

- elaborazione di norme di indirizzo per la definizione da parte delle Aziende Usl dei piani preventivi di attività di cui al comma 8 dell'art. 2 della legge 549/95, che definiscono volume e tipologia delle prestazioni, negoziati con le strutture pubbliche e private e i professionisti eroganti prestazioni sanitarie accreditati, nel rispetto dei livelli di spesa programmati, della qualità dell'assistenza prestata e del controllo della congruenza delle prestazioni rese rispetto alle relative prescrizioni.

L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE

FINALITÀ E CARATTERISTICHE ESSENZIALI

L'istituto dell'accreditamento risponde all'esigenza di operare il processo di selezione degli erogatori attraverso criteri di qualità dell'assistenza. Viene realizzato in armonia con le esigenze di programmazione della rete dei servizi, tenuto conto dei bisogni della popolazione assistita, dei livelli di assistenza da garantire e delle risorse finanziarie disponibili.

L'accreditamento delle strutture pubbliche e private rappresenta il presupposto per la individuazione dei soggetti che, secondo appositi accordi negoziali, concorrono alla erogazione delle prestazioni previste dai piani annuali e pluriennali di attività elaborati dalle Aziende Usl.

Le caratteristiche essenziali dell'istituto dell'accreditamento, come definite dal d.lgs. 502/92 e successive modificazioni e dal Dpr 14 gennaio 1997, sono le seguenti:

- l'accreditamento si applica, allo stesso titolo, alle strutture sanitarie pubbliche e private;
- i requisiti funzionali all'attuazione dell'istituto dell'accreditamento sono *diversi* e *ulteriori* rispetto ai requisiti minimi autorizzativi, definiti dal DPR 14 gennaio 1997;
- il compito di definire i criteri per l'accreditamento e di conferire lo stato di struttura sanitaria accreditata compete alle singole Regioni e Province autonome.

Le finalità dell'accreditamento conferiscono ai requisiti di qualità un carattere dinamico, in quanto devono essere costantemente aggiornati in relazione alla evoluzione delle tecnologie e delle pratiche sanitarie. I requisiti per l'accreditamento devono essere selezionati in quanto effettivamente correlati al processo e, soprattutto, ai risultati finali dell'assistenza in termini di efficacia e sicurezza per il paziente. Devono, inoltre, includere la programmazione e la realizzazione di attività formative del personale orientate alla promozione e al mantenimento della qualità assistenziale, nonché l'uso appropriato delle prestazioni e dei trattamenti.

La pubblicità e trasparenza dei criteri utilizzati per accreditare i servizi può inoltre facilitare le valutazioni degli utenti e delle organizzazioni che li rappresentano, basandole su fattori soggettivi e oggettivi di misura della soddisfazione. Sotto questa luce, l'accreditamento rappresenta una condizione di esigibilità dei diritti della persona.

GLI OBIETTIVI

Allo scopo di realizzare operativamente l'istituto dell'accreditamento sono indicati i seguenti obiettivi strumentali da perseguire nell'arco del triennio:

- rendere operative in ciascuna Regione e Provincia autonoma i criteri e le procedure per l'accreditamento delle strutture sanitarie;
- realizzare la formazione specifica di un numero adeguato di valutatori deputati a verificare il rispetto dei requisiti di qualità da parte delle strutture sanitarie che richiedono l'accreditamento, nonché la loro persistenza nel tempo;
- fornire alle Regioni sostegno allo sviluppo degli strumenti tecnici per l'accreditamento, anche al fine di garantire la necessaria omogeneità sul territorio nazionale;
- monitorare, anche ai fini dell'esercizio della vigilanza, con l'apporto dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, l'attuazione dell'istituto dell'accreditamento con riferimento al rapporto tra requisiti di struttura e processo e al rapporto tra accreditato e accreditatore.

E' obiettivo del Piano predisporre entro la fine del 1998 linee di guida per la garanzia dell'uniforme attuazione dell'istituto dell'accreditamento sul territorio nazionale.

UN PROGRAMMA NAZIONALE PER LA QUALITÀ

I significativi cambiamenti in atto nel Servizio sanitario nazionale introducono nuove opportunità e, al tempo stesso, più stringenti necessità di *gestire la qualità* dell'assistenza sanitaria, sia a livello di singolo servizio sia a livello aziendale.

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 pone come obiettivo prioritario la garanzia di adeguati livelli di qualità dell'assistenza sanitaria, sulla base di un *Programma Nazionale per la Qualità*.

Il Programma è finalizzato a rendere sistematico l'orientamento del Ssn verso la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria, coinvolgendo la *dimensione professionale*, quella *organizzativo-aziendale* e quella *relazionale* dell'assistenza. Gli obiettivi relativi a ciascuna di queste componenti della qualità, le attività svolte ed i risultati conseguiti dovranno essere chiaramènte indicati nella Carta dei Servizi, la cui adozione da parte di tutte le Aziende Sanitarie deve essere ulteriormente favorita.

GLI OBIETTIVI

Nel triennio 1998-2000 il programma pone i seguenti obiettivi strumentali:

- introdurre meccanismi finalizzati a rendere vincolante e generalizzato lo sviluppo delle attività di valutazione e promozione della qualità dell'assistenza da parte degli operatori sanitari e delle strutture pubbliche e private accreditate;
- organizzare all'interno di ciascun servizio modalità sistematiche di revisione e autovalutazione della pratica clinica e assistenziale, anche attraverso l'utilizzo di percorsi diagnostici e terapeutici previsti dalla legge 662/1996;
- rivedere ed estendere il sistema di indicatori, già previsto dal 3° comma dell'art. 10 e dell'art. 14 del d.lgs 502/1992 e definito dal D.M. 24 luglio 1995 e dal D.M. 15 ottobre 1996, anche allo scopo di valutare gli effetti prodotti dal sistema di remunerazione a prestazione, nel settore dell'assistenza ospedaliera così come in quello ambulatoriale;
- favorire il riconoscimento, quale parte integrante dei compiti istituzionali del personale del Ssn, della partecipazione all'attività di valutazione e promozione della qualità dell'assistenza sanitaria erogata dalle Aziende sanitarie;
- orientare parte dei finanziamenti per la ricerca finalizzata del Ssn al Programma nazionale per la qualità;
- incrementare le forme di valutazione sociale dei servizi, valorizzando l'apporto degli utenti e delle organizzazioni che li rappresentano.

LA SICUREZZA NELLE STRUTTURE SANITARIE

Nell'ambito dell'obiettivo generale di tutela della salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro, il Piano sanitario nazionale 1998-2000 pone l'obiettivo specifico di migliorare la sicurezza delle strutture sanitarie pubbliche e private.

ATTUAZIONE D.LGS. 626

Le strutture sanitarie pubbliche e private attuano le disposizioni di prevenzione previste dai decreti legislativi 19 settembre 1994, n.626 e 19 marzo 1996, n. 242.
In tutte le unità produttive: è attivato il servizio interno di prevenzione e protezione; sono attuate le misure antincendio e per l'evacuazione dei lavoratori in caso di pericolo; è elaborato il documento di valutazione dei rischi e sono attivati i corsi di formazione per il personale.

SICUREZZA DELLE STRUTTURE E DEGLI APPARECCHI

In tutte le realtà produttive è completato l'adeguamento alle disposizioni di sicurezza delle strutture e degli apparecchi (in particolare di quelli elettromedicali) destinando prioritariamente a questo scopo i finanziamenti previsti dall'art. 20 della legge 67/1988; e assicurata, ove prevista, la tempestiva omologazione delle attrezzature da parte degli organi competenti ed è garantita l'effettuazione delle successive verifiche periodiche da parte dei Dipartimenti di prevenzione.

ADEMPIMENTO COMPITI DI VIGILANZA

Le Aziende Usl, cui è attribuita la competenza in materia di prevenzione e sicurezza su tutti i luoghi di lavoro, rafforzano le proprie strutture operative per poter espletare adeguatamente i compiti istituzionali di vigilanza nell'applicazione della normativa in vigore.

L'INTEGRAZIONE TRA ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE

L'integrazione delle diverse politiche per la salute:

- nasce da uno stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione;
- privilegia la continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- valorizza i diversi centri di responsabilità;
- qualifica i rapporti tra soggetti pubblici e privati;
- promuove la solidarietà e valorizza gli investimenti di salute nella comunità locali.

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

L'integrazione delle responsabilità e delle risorse rappresenta una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi. Essa incide sulla continuità assistenziale, investe i rapporti tra ospedale e territorio, tra cure residenziali e domiciliari, tra medicina generale e specialistica.

LA PROGRAMMAZIONE ZONALE DEGLI INTERVENTI

A questo scopo, anche in relazione ai nuovi e diversi compiti dei Comuni derivanti dalle modifiche istituzionali in itinere del d. lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, va attuata la programmazione degli interventi socio- sanitari a livello distrettuale con intese programmatiche tra le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie e le rappresentanze dei Comuni associati, secondo le normative regionali derivanti dall'applicazione dell'art. 3 del d. lgs. 31 marzo 1998, n. 112.

Nei Piani Regionali, l'integrazione deve costituire una priorità strategica, a cui destinare congrue risorse adottando anche il metodo dei Progetti Obiettivo. Sono da considerarsi prioritarie nell'integrazione socio-sanitaria le attività afferenti all'area materno-infantile; handicap; anziani, con particolare riferimento ai soggetti non autosufficienti; salute mentale; tossicodipendenza; condizioni che richiedono una assistenza prolungata e continuativa, con particolare riferimento alle patologie oncologiche e alle infezioni da HIV.

In particolare, l'integrazione socio-sanitaria va attuata e verificata a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale.

L'INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE

L'integrazione *istituzionale* nasce dalla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma (stipulati da circa la metà delle aziende sanitarie, per tre quarti nell'area dell'assistenza agli anziani).

Il distretto è la struttura operativa che meglio consente di governare i processi integrati fra istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse (del Ssn, dei comuni, della solidarietà locale).

Il controllo direzionale dovrà consentire il monitoraggio dei processi assistenziali integrati, correlando le risorse impiegate ai risultati ottenuti.

A questo scopo le Regioni, nei rispettivi Piani, preferibilmente socio-sanitari, provvedono a definire i criteri di finanziamento e gli indirizzi organizzativi, mettendo in grado le aziende Usl di programmare l'entità delle risorse da assegnare ai distretti.

L'integrazione *gestionale* si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni.

L'INTEGRAZIONE GESTIONALE

Sul piano gestionale vanno incrementati gli approcci multidimensionali e le modalità operative basate sulla metodologia di lavoro per progetti.

Le unità multiprofessionali devono tenere conto della ripartizione delle risorse a carico del bilancio sanitario e sociale, sulla base di quanto definito dalle Regioni, utilizzando gli strumenti di contabilità analitica e dei corrispondenti centri di responsabilità.

Le azioni di verifica e di valutazione sono ad essi direttamente correlati e devono essere ricavabili dal sistema informativo del distretto. Vanno a questo scopo previste procedure idonee a facilitare la valutazione dei servizi da parte degli utenti.

L'integrazione *professionale* è strettamente correlata all'adozione di profili aziendali e Linee guida finalizzate a orientare il lavoro interprofessionale nella produzione dei servizi sanitari: domiciliari, intermedi e residenziali.

L'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE

Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Curare a casa richiede un cambiamento di prospettiva sostanziale: dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici, alle strutture e alle professioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni.

CURARE A CASA

Questo può avvenire con diverse modalità operative di intervento a casa da parte dei servizi distrettuali.

Le cure domiciliari, e in particolare l'assistenza domiciliare integrata, rappresentano una base privilegiata di azione per garantire flessibilità ed efficacia agli interventi.

L'assistenza domiciliare diventa integrata (Adi) quando professionalità diverse, sanitarie e sociali, collaborano per realizzare progetti unitari, cioè mirati sulla diversa natura dei bisogni.

La programmazione dell'Adi deve prevedere la complementarità tra i diversi moduli assistenziali, la valorizzazione del nursing, la collaborazione delle famiglie, tenendo conto che una stretta collaborazione tra ospedale e distretto può favorire la permanenza a casa anche di persone non autosufficienti.

PROGETTI ASSISTENZIALI

Condizioni necessarie dell'Adi sono: la pianificazione organica delle unità di offerta nel distretto, la valutazione multidimensionale, la globalità e intensività dei piani di cura, la continuità terapeutica degli interventi, la collaborazione tra operatori sanitari e sociali, la valutazione dei costi delle decisioni, la collaborazione della famiglia, la valutazione evolutiva degli esiti.

Il buon funzionamento del sistema informativo di distretto e l'analisi sistematica dei costi correlati al livello di intensità e complessità assistenziale dei diversi centri di erogazione sono base necessaria per i nuclei di valutazione nell'attività di verifica e valutazione dei risultati conseguiti.

IL DISTRETTO

GLOBALITA E INTEGRAZIONE

Il distretto rappresenta un centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale.

Il distretto è struttura operativa dell'Azienda Usl; la sua autonomia gestionale è realizzata nell'ambito dei programmi approvati dall'Azienda, tenendo conto dei piani di zona dei servizi, definiti di comune intesa con le amministrazioni comunali.

Le dimensioni del distretto vengono definite nell'ambito degli indirizzi organizzativi dell'art. 2 del d.lgs n. 502/92 e successive modificazioni, tenendo conto delle caratteristiche del territorio e degli insediamenti umani e produttivi.

Il numero di processi assistenziali e la relativa composizione delle prestazioni definiscono il suo profilo organizzativo. A parità di risorse e di produzione, i profili organizzativi dei distretti possono diversificarsi in ragione delle strategie aziendali.

Il distretto è la sede nella quale sono attivabili tutti i percorsi di accesso del cittadino ai servizi sanitari garantiti con metodi e tempi certi, attraverso sistemi intelligenti, attivati in rete con tutti i soggetti erogatori di servizi e prestazioni. La ricerca della prestazione, da quella ambulatoriale al ricovero ospedaliero, dovrà essere garantita dai servizi di distretto a tutti i cittadini residenti.

Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta sono riferimenti immediati e diretti per le persone e le famiglie. Essi nel rapporto con gli assistiti valorizzano le funzioni educative e di promozione della salute a diretto contatto con l'utenza. Valutano inoltre i bisogni delle persone al fine di orientare e regolare l'accesso al Servizio sanitario nazionale.

Nell'ambito del processo di allocazione delle risorse disponibili all'interno dell'Azienda Usl, in funzione del volume programmato di attività del distretto, allo stesso viene assegnato un determinato volume di risorse.

Per ottimizzare in modo funzionale i processi di distretto, le Regioni, nei rispettivi piani, specificano le prestazioni di assistenza domiciliare, intermedia e residenziale, evidenziando le diverse fonti di finanziamento.

IL RESPONSABILE DEL DISTRETTO

Le risorse professionali, economiche e di altra natura presenti nel distretto sono dirette dal responsabile del distretto. Il medico di medicina generale svolge un ruolo centrale nell'operatività di distretto, insieme con gli altri profili professionali sanitari e sociali presenti al suo interno, ed è integrato nell'organizzazione distrettuale. L'azione del medico di medicina generale è valutata nel più ampio quadro dei fattori produttivi del distretto.

LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Il rapporto operatore-utente e fortemente caratterizzato dal grado di personalizzazione, di appropriatezza e di umanizzazione delle prestazioni. Per questo nella produzione di servizi alla persona il *fattore umano* è un elemento strategico, che influisce direttamente sulla quantità e qualità dell'assistenza oltre che sul grado di soddisfazione delle persone utenti.

I PROCESSI DI CAMBIAMENTO

I processi di cambiamento del sistema sanitario e dei rapporti di lavoro nella pubblica amministrazione postulano un profondo cambiamento di mentalità, una nuova cultura professionale, l'affermazione di nuove logiche operative. In particolare, il cambiamento richiede:

- la responsabilizzazione individuale e di gruppo, nel caso di prestazioni integrate, in ordine alla quantità e alla appropriatezza dei servizi prodotti;
- il superamento delle visioni settoriali, centrate su interessi particolari di singoli profili professionali;
- la flessibilità dell'impiego delle risorse umane, senza ancorarle a spazi, tempi e ambiti predefiniti, tenendo conto dei ruoli previsti e riconosciuti dalla contrattazione;
- la revisione delle disposizioni e dei vincoli normativi e contrattuali per favorire la selezione e l'efficace reclutamento del personale;
- l'utilizzo di sistemi di remunerazione che tengano conto della diversificazione quali-quantitativa dei singoli apporti, anche nell'ambito della medesima categoria professionale;
- il graduale superamento dei vincoli derivanti dal rapporto di pubblico impiego, in coerenza con le esigenze di aziendalizzazione, distinguendo tra natura pubblica del servizio erogato e forme privatistiche di regolamentazione del lavoro;
- la revisione della vigente disciplina delle incompatibilità, al fine di pervenire, in tempi brevi, al rapporto di lavoro esclusivo.

IL RUOLO DELLA DIRIGENZA

In questo quadro evolutivo, la *dirigenza* è chiamata a rivestire un ruolo di assoluto rilievo; essa va pertanto selezionata in modo da:

- privilegiare le competenze finalizzate alla gestione ottimale delle risorse e all'integrazione dei fattori produttivi;
- distinguere tra funzioni dirigenziali con responsabilità di gestione e funzioni dirigenziali con responsabilità professionali;
- promuovere la responsabilizzazione sulle scelte di chi incide nelle decisioni di spesa.

Per la realizzazione di questi obiettivi, la elaborazione legislativa centrale, pur necessaria, non è efficace se ad essa non si affiancano strategie di altro livello (definizione del contratti collettivi di lavoro, attività di programmazione e verifica, direttive regionali, predisposizione di Linee guida sulle condizioni di efficacia del lavoro integrato).

LA FORMAZIONE

La formazione è strumento di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo.

CAMBIAMENTI NELLE CULTURE PROFESSIONALI

Essa svolge un ruolo essenziale, perché attraverso la professionalizzazione degli operatori, a partire dalla loro formazione di base, consente il miglioramento continuo delle culture e dei valori di riferimento ed accompagna e sostiene i

programmi di sviluppo dei servizi. E', pertanto, leva strategica per il completamento del processo di aziendalizzazione e va attuata nel quadro di una coerente integrazione con le politiche di organizzazione del lavoro e del personale e alla luce di una attenta previsione dei fabbisogni professionali.

La formazione, per sua natura, può svolgere funzioni di implementazione qualitativa dei risultati dei servizi, contrastando le patologie organizzative. Può facilitare riconversioni professionali e gestionali e può, più in generale, caratterizzarsi come strategia per incrementare l'efficacia dei servizi.

LA PROGRAMMAZIONE DELLA FORMAZIONE

I percorsi e i piani di formazione aziendale, tenendo conto delle caratteristiche quali-quantitative del personale, medico e non medico, vanno elaborati in coerenza con gli obiettivi regionali e nazionali. In particolare, la programmazione della formazione deve essere fatta contestualmente ai programmi aziendali e con riferimento ai tre macro livelli essenziali di assistenza, indicati nel Psn. Allo scopo di garantire la razionalità e l'economicità degli interventi in materia di formazione e aggiornamento del personale sanitario, sarà curata la periodica elaborazione da parte del Governo di Linee guida rivolte alle amministrazioni competenti. Il fabbisogno di personale delle strutture sanitarie, ai soli fini della programmazione, da parte del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, degli accessi ai corsi di laurea e di diploma per le professioni sanitarie e della ripartizione tra le singole scuole del numero di posti per la formazione specialistica della dirigenza del ruolo sanitario, sarà determinato dal Ministro della Sanità, sentita la Conferenza Stato-Regioni.

Non vanno inoltre sottovalutate le condizioni necessarie per rendere efficace la formazione. Esse non dipendono soltanto da buoni contenuti e da buoni metodi, ma dalla capacità di riprodurre in sede formativa le radici dei problemi e di coinvolgere le responsabilità professionali chiamate a risolverli.

VERIFICHE PRELIMINARI E SUCCESSIVE

A questo scopo è necessario collegare i programmi di formazione con verifiche preliminari sul loro impatto e sulla efficacia attesa, in coerenza con Linee guida nazionali emanate sulla materia. Essa inoltre deve basarsi, su parametri che consentono di verificare nel tempo l'effettiva traduzione operativa di quanto proposto.

LA FORMAZIONE MANAGERIALE

La formazione manageriale va potenziata e va rivolta alle categorie di operatori più direttamente impegnate nella gestione delle risorse e dei servizi, con precipua attenzione alle tecniche gestionali e alla promozione della qualità.

Quando i cambiamenti e i risultati attesi dalla formazione riguardano problemi complessi, aree organiche di servizio, essa deve rivolgersi congiuntamente a tutti i destinatari interessati. Le soluzioni operative possono essere di diversa natura: gruppi interprofessionali, gruppi di servizio, gruppi interaziendali, operatori provenienti da diverse istituzioni.

Le Regioni incentivano programmi di formazione e investimenti riguardanti in particolare l'area comune di formazione, cioè quella rivolta a gruppi di lavoro interprofessionali e a strutture organiche di servizio, con riferimento al lavoro per progetti, alla documentazione e alla valutazione degli interventi, alla loro umanizzazione.

ACCREDITAMENTO E LINEE GUIDA

Nell'attività di formazione assume particolare rilievo il ruolo delle agenzie formative (pubbliche e private) operanti nel Ssn. Spetta all'ordinamento centrale e regionale definire le modalità e le procedure di accreditamento di tali agenzie nonché i criteri di scelta per l'attuazione degli interventi formativi programmati nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

L'emanazione di Linee guida nazionali potrà facilitare il conseguimento dei diversi obiettivi, fornendo standard valutativi e riferimenti metodologici per rapportare i risultati della formazione con l'efficace attuazione dei livelli essenziali di assistenza.

RICERCA, SPERIMENTAZIONE E SVILUPPO

Lo sviluppo di una efficace strategia di ricerca, finalizzata a fornire le evidenze empiriche e le conoscenze scientifiche per l'elaborazione delle politiche sanitarie, la programmazione degli interventi e l'organizzazione della pratica clinica e assistenziale rappresenta una condizione necessaria per perseguire tali obiettivi e per valutare l'efficacia degli interventi

Il ruolo svolto dalla Ricerca Scientifica appare dominante ai fini di una corretta e qualificata attività di programmazione e pianificazione degli interventi mirati al miglioramento dello stato di salute della popolazione. Tutte le politiche sanitarie traggono fondamentale supporto dai risultati della ricerca biomedica e sanitaria.

Caratteristiche generali di tale strategia sono:

- la *finalizzazione* rispetto agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale 1998-2000;
- il *coordinamento* rispetto alle politiche generali della ricerca a livello nazionale (delineate nella recente proposta di riordino presentata dal *Ministero per l'Università e la Ricerca Scientifica)* e internazionale (prevista nel *IV Programma Quadro della Ricerca* dell'*Unione Europea* e nel piano di ricerca dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità*). Per quanto concerne la ricerca sanitaria applicata, è necessario coordinare, rispetto agli obiettivi del Psn, le attività di ricerca svolte da vari organismi dello Stato (Cnr, Murst, Inn, etc.);
- la *razionalizzazione*, attraverso il coordinamento dell'attività di ricerca svolta dagli organi tecnico-scientifici del Ssn (Iss, Ispesl, Irccs e Izs) e lo sviluppo di progetti collaborativi multicentrici e interdisciplinari.

In base a tali obiettivi generali, la Commissione Nazionale per la Ricerca Sanitaria elaborerà, entro sei mesi dalla entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, un *Programma nazionale di ricerca e sviluppo* finalizzato a rispondere ai bisogni conoscitivi ed operativi del Ssn e finanziato da quote vincolate del Fondo sanitario nazionale.

I fondi disponibili per la ricerca saranno ripartiti fra le diverse tipologie di ricerca, distinguendo fra ricerca *corrente* (Irccs) e ricerca *finalizzata* (comprendente tematiche biomediche e sanitarie). Sulla ricerca *finalizzata* dovrebbero competere tutti i destinatari istituzionali del Ministero della Sanità (Irccs, Izs, Iss, Ispels, Assr) e le Regioni (per quanto riguarda le sperimentazioni sanitarie). Tali destinatari istituzionali dovrebbero agire da capofila di progetti di ricerca che vedano la partecipazione (ed eventualmente il cofinanziamento) di Università, Cnr e ogni altro ente di ricerca.

Il collegamento delle strategie e degli strumenti della ricerca sanitaria con le finalità del presente Piano sarà previsto d'intesa con i Ministeri interessati.

AREE DI ATTIVITÀ

Sulla base degli obiettivi del Piano sanitario nazionale 1998-2000, si possono identificare le principali aree di attività che il Programma Nazionale di Ricerca e Sviluppo dovrà favorire e sviluppare:

1. valutazione dell'*efficacia pratica* di procedure e interventi sanitari ad alta rilevanza; sperimentazione di modalità di funzionamento e organizzazione dei servizi sanitari coerenti con l'obiettivo di fornire alla popolazione interventi di provata efficacia;
2. valutazione delle forme più efficaci di trasferimento nella pratica clinica e assistenziale delle informazioni derivate dalla ricerca biomedica;

3. sperimentazione della efficienza operativa di differenti modelli gestionali e verifica del loro impatto su indicatori dello stato di salute della popolazione;
4. sperimentazione di interventi mirati ad aumentare le conoscenze della popolazione circa l'efficacia dei trattamenti e a migliorare la capacità degli operatori sanitari di comunicare con il paziente e di coinvolgerlo nelle decisioni che riguardano la sua salute;
5. valutazione dell'efficacia di tecnologie ed interventi rilevanti per il Ssn e "orfani" sul piano della sperimentazione clinica di efficacia.

IL COLLEGAMENTO CON IL MONDO DELLA PRODUZIONE

Per procedere in modo rapido e tempestivo nelle direzioni sopra indicate - oltre ad un impegno diretto del Ssn a livello nazionale, regionale e locale - va perseguito un collegamento con il mondo della ricerca e della produzione, allo scopo di favorire strategie orientate allo sviluppo delle aree prioritarie e al potenziamento della ricerca biomedica. In particolare, va favorito lo sviluppo della ricerca che presenta importanti opportunità di trasferimento per l'organizzazione, il funzionamento e la pratica clinica e assistenziale del Ssn.

Una proficua collaborazione dovrà svilupparsi specificamente nel settore della valutazione di efficacia e di costo-efficacia di tecnologie e interventi rilevanti per il Ssn, attraverso l'identificazione delle aree nelle quali sono necessarie e fattibili "revisioni sistematiche" delle informazioni già esistenti (sviluppando sinergie e collaborazioni con le esperienze in corso in altri paesi europei), attraverso l'avvio di sperimentazioni cliniche multicentriche, secondo modelli già ampiamente collaudati nel campo della valutazione dell'efficacia di interventi diagnostici e terapeutici, nonché della valutazione dei servizi sanitari.

Un'ulteriore area di collaborazione tra il Programma Nazionale di Ricerca e Sviluppo del Ssn e il mondo della produzione dovrà interessare la elaborazione di strategie assistenziali integrate per la sperimentazione sul campo di percorsi che garantiscano la migliore qualità dell'assistenza al costo più contenuto.

RICERCA, SPERIMENTAZIONE E SVILUPPO
I settori prioritari

Il perseguimento degli obiettivi di salute e di allocazione ottimale delle risorse individuati dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 impone la messa a punto di un complesso ed articolato *Programma Nazionale di Ricerca e Sviluppo* che identifichi in modo sistematico i settori sui quali investire in via prioritaria, con particolare riferimento alle seguenti aree di sviluppo:

- promozione della salute e prevenzione delle malattie;
- valutazione dell'impatto del sistema sanitario sulla salute e sui fattori di rischio;
- valutazione dell'impatto della sanità pubblica veterinaria sulla salute umana;
- analisi degli aspetti sociali ed etici delle attività sanitarie;
- analisi e valutazione dei bisogni informativi degli utenti e di modelli comunicativi efficaci;
- analisi e valutazione economica degli interventi sanitari;
- studio e sperimentazione di Linee guida cliniche e organizzative e relativa valutazione di impatto;
- analisi economica dei settori produttivi operanti nell'ambito del sistema sanitario;
- valutazione dell'impatto economico e organizzativo delle tecnologie sanitarie;
- sviluppo e sperimentazione di nuovi modelli organizzativi e gestionali;
- sperimentazione e valutazione degli effetti dei diversi sistemi di remunerazione sulla appropriatezza degli interventi e sullo stato di salute della popolazione;
- valutazione dell'impatto di modelli di intervento integrato socio-sanitario sulla salute.

Allegato

DOCUMENTI E PROVVEDIMENTI DEL TRIENNIO 1998-2000

Con il Piano sanitario nazionale 1998-2000 prende il via un processo di trasformazione strutturale e qualitativa dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento agli obiettivi di salute e alle strategie necessarie per il cambiamento.

E' un patto di solidarietà per la salute. La sua efficacia dipende quindi da come le diverse responsabilità istituzionali, professionali e comunitarie sapranno dare significati unitari alla loro azione: trasformando gli obiettivi nazionali in progetti regionali, investendo nella qualificazione delle risorse umane, attuando soluzioni organizzative e gestionali efficaci, adeguando gli standard quantitativi e qualitativi, garantendo i livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio.

I miglioramenti del sistema, per diventare efficaci, hanno bisogno di mettere radici negli assetti organizzativi, nelle prassi operative, nei comportamenti professionali. A questo scopo il Ministero della Sanità nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 darà continuità alla funzione programmatoria fornendo indirizzi, linee guida, e indicando soluzioni facilitanti il conseguimento degli obiettivi di piano.

La funzione di accompagnamento, monitoraggio e valutazione che il Ministero svilupperà nel triennio sarà finalizzata soprattutto a facilitare i percorsi gestionali e a dare unitarietà ai comportamenti professionali, sulla base di evidenze scientifiche e standard condivisi dalla comunità internazionale. A questo scopo, sarà istituito presso il Dipartimento della Programmazione del Ministero della Sanità un Osservatorio sull'attuazione del Psn per la verifica dell'attuazione degli indirizzi del Piano sanitario nazionale, per il monitoraggio dei livelli di assistenza e dell'utilizzo delle quote vincolate del Fondo Sanitario Nazionale. I lavori dell'Osservatorio saranno presentati alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

Nella elaborazione dei documenti di indirizzo e nel monitoraggio della attuazione del Piano sanitario nazionale verrà privilegiato il metodo del confronto e della collaborazione con le Regioni e con gli altri attori del patto di solidarietà per la salute, tenendo conto delle questioni aperte e incidenti nel conseguimento degli obiettivi, quali la revisione del D. lgs. n. 502/92 e successive modificazioni, l'eventuale approvazione della legge quadro sull'assistenza sociale agli effetti dell'integrazione sociosanitaria, l'attuazione del decreto di conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle Regioni e agli enti locali.

Le priorità con cui il Ministero della Sanità darà seguito al processo avviato con l'approvazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000 sono indicate nel successivo elenco, che anticipa i primi documenti che verranno predisposti nel corso del triennio di validità del Piano. I centri di responsabilità coinvolti, pur non esplicitati, sono insiti nella natura dei diversi provvedimenti da adottare, in ragione degli apporti propri dei contraenti il patto di solidarietà per la salute.

DOCUMENTI E PROVVEDIMENTI DEL TRIENNIO 1998-2000

Adempimenti prioritari

Documenti di indirizzo	(*)
Criteri di accesso ai fondi vincolati agli obiettivi di Piano (comma 34 bis, art. 1 l. 662/1996)	I
Criteri di remunerazione delle attività escluse dal sistema di remunerazione a prestazione	I
Linee guida per l'autorizzazione e l'accreditamento	A
Attuazione del decreto di revisione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni e del regime delle esenzioni	P-I
Tessera sanitaria	I
Disciplina delle forme integrative di assistenza in rapporto ai livelli essenziali di assistenza	I
Inquinamento da onde elettromagnetiche	P
Sicurezza delle strutture sanitarie	P
Salute e politiche ambientali in materia di rifiuti	P
Salute e politiche dell'energia	P
Salute e approvvigionamento idrico	P
Linee guida per la prevenzione, l'igiene e la sicurezza nei luoghi di lavoro	A
Linee guida per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture che erogano servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria	A
Requisiti minimi per la medicina termale	P
Linee guida per la riabilitazione	A
Linee guida per l'assistenza ai pazienti in fase terminale	A
Linee guida per le malattie reumatiche	A
Linee guida per le malattie dell'apparato cardio-respiratorio	A
Linee guida per le malattie del sistema nervoso centrale	A
Linee guida per le nefropatie	A
Linee guida per il diabete	A
Linee guida per il sangue	A
Linee guida per l'organizzazione dipartimentale	A
Linee guida per l'uso appropriato dei farmaci	A
Linee guida per gli screening in oncologia, ivi compresa la conferma diagnostica dei casi sospetti di tumore identificati mediante programmi di screening	A
Linee guida per la formazione del personale	A
Linee guida per la gravidanza, il parto e per la salute riproduttiva	A
Linee guida per le cure ospedaliere pediatriche, la pediatria di famiglia e di comunità	A
Linee guida per le malformazioni congenite e le malattie genetiche	A
Linee guida per la riorganizzazione della sanità pubblica veterinaria	A

(•) Legenda
I INTESA con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome,
A ACCORDO con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome,
P PARERE della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome

Documenti di approfondimento

	(*)
Le diseguaglianze nei confronti della salute	P
Differenze nella salute secondo la storia lavorativa	P
Finanziamento del Ssn, decentramento fiscale e sistemi di perequazione	P
Livelli di assistenza nel 1994-96	P
Controlli e contratti	P
Osservatorio acquisti e prezzi	P
Liste di attesa	P
Libera professione intramuraria	P

Linee guida cliniche

	(*)
Diagnosi precoce e trattamento delle ipercolesterolemie	I
Mal di schiena	I
Broncopolmonite	I
Asma bronchiale	I
Ulcera peptica	I
Gravidanza fisiologica	I
Ipertensione arteriosa	I
Angina pectoris	I
Neoplasie della mammella	I
Neoplasie della cervice uterina	I
Vaccinazione antiinfluenzale	I
Profilassi antibiotica in chirurgia	I
Diagnostica pre-operatoria	I
Chirurgia elettiva erogabile in regime di ricovero diurno	I

Progetti Obiettivo

	(*)
Progetto obiettivo Anziani e Non Autosufficienti	I
Progetto obiettivo Salute Mentale	I
Progetto obiettivo Tossicodipendenze	I
Progetto obiettivo Salute degli Immigrati	I
Progetto obiettivo Materno-infantile	I
Progetto obiettivo per l'Alimentazione e la Nutrizione	I
Progetto obiettivo Aids	I

(*) Legenda I INTESA con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie Autonome.
A ACCORDO con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie Autonome.
P PARERE della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie Autonome.

98A10585

DOMENICO CORTESANI, *direttore*

FRANCESCO NOCITA, *redattore*
ALFONSO ANDRIANI, *vice redattore*

(1651512/1) Roma - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - S.

MODALITÀ PER LA VENDITA

La «Gazzetta Ufficiale» e tutte le altre pubblicazioni ufficiali sono in vendita al pubblico:
— presso le Agenzie dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato in ROMA: piazza G. Verdi, 10 e via Cavour, 102;
— presso le Librerie concessionarie indicate nelle pagine precedenti.

Le richieste per corrispondenza devono essere inviate all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Direzione Marketing e Commerciale - Piazza G. Verdi, 10 - 00100 Roma, versando l'importo, maggiorato delle spese di spedizione, a mezzo del c/c postale n. 387001. Le inserzioni, come da norme riportate nella testata della parte seconda, si ricevono con pagamento anticipato, presso le agenzie in Roma e presso le librerie concessionarie.

PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO - 1998

Gli abbonamenti annuali hanno decorrenza dal 1° gennaio e termine al 31 dicembre 1998
i semestrali dal 1° gennaio al 30 giugno 1998 e dal 1° luglio al 31 dicembre 1998

PARTE PRIMA - SERIE GENERALE E SERIE SPECIALI
Ogni tipo di abbonamento comprende gli indici mensili

Tipo A - Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i supplementi ordinari:
- annuale ... L. **484.000**
- semestrale ... L. **275.000**

Tipo A1 - Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi:
- annuale ... L. **396.000**
- semestrale ... L. **220.000**

Tipo A2 - Abbonamento ai supplementi ordinari contenenti i provvedimenti non legislativi
- annuale ... L. **110.000**
- semestrale ... L. **66.000**

Tipo B - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte costituzionale.
- annuale ... L. **102.000**
- semestrale ... L. **66.500**

Tipo C - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti delle Comunità europee:
- annuale ... L. **260.000**
- semestrale ... L. **143.000**

Tipo D - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata alle leggi ed ai regolamenti regionali
- annuale ... L. **101.000**
- semestrale ... L. **65.000**

Tipo E - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni:
- annuale ... L. **254.000**
- semestrale ... L. **138.000**

Tipo F - *Completo.* Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi e non legislativi ed ai fascicoli delle quattro serie speciali (ex tipo F)
- annuale ... L. **1.045.000**
- semestrale ... L. **565.000**

Tipo F1 - Abbonamento ai fascicoli della serie generale inclusi i supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi e ai fascicoli delle quattro serie speciali (escluso il tipo A2)
- annuale ... L. **935.000**
- semestrale ... L. **495.000**

Integrando con la somma di **L. 150.000** *il versamento relativo al tipo di abbonamento della* Gazzetta Ufficiale *- parte prima - prescelto, si riceverà anche l'Indice repertorio annuale cronologico per materie 1998.*

Prezzo di vendita di un fascicolo della *serie generale*	L.	**1.500**
Prezzo di vendita di un fascicolo delle *serie speciali I, II e III*, ogni 16 pagine o frazione	L.	**1.500**
Prezzo di vendita di un fascicolo della *IV serie speciale «Concorsi ed esami»*	L.	**2.800**
Prezzo di vendita di un fascicolo *indici mensili*, ogni 16 pagine o frazione	L.	**1.500**
Supplementi ordinari per la vendita a fascicoli separati, ogni 16 pagine o frazione	L.	**1.500**
Supplementi straordinari per la vendita a fascicoli, ogni 16 pagine o frazione	L.	**1.500**

Supplemento straordinario «Bollettino delle estrazioni»

Abbonamento annuale	L.	**154.000**
Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione	L.	**1.500**

Supplemento straordinario «Conto riassuntivo del Tesoro»

Abbonamento annuale	L.	**100.000**
Prezzo di vendita di un fascicolo	L.	**8.000**

Gazzetta Ufficiale su MICROFICHES - 1998
(Serie generale - Supplementi ordinari - Serie speciali)

Abbonamento annuo (52 spedizioni raccomandate settimanali)	L.	**1.300.000**
Vendita singola ogni microfiches contiene fino a 96 pagine di Gazzetta Ufficiale	L.	**1.500**
Contributo spese per imballaggio e spedizione raccomandata (da 1 a 10 microfiches)	L.	**4.000**

N B — Per l'estero i suddetti prezzi sono aumentati del 30%.

PARTE SECONDA - INSERZIONI

Abbonamento annuale	L.	**451.000**
Abbonamento semestrale	L.	**270.000**
Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione	L.	**1.550**

I prezzi di vendita, in abbonamento ed a fascicoli separati, per l'estero, *nonché quelli di vendita dei fascicoli delle* annate arretrate, *compresi i supplementi ordinari e straordinari, sono* raddoppiati.

L'importo degli abbonamenti deve essere versato sul c/c postale n. 387001 intestato all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato. L'invio dei fascicoli disguidati, che devono essere richiesti entro 30 giorni dalla data di pubblicazione, è subordinato alla trasmissione dei dati riportati sulla relativa fascetta di abbonamento.

Per informazioni o prenotazioni rivolgersi all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Piazza G. Verdi, 10 - 00100 ROMA
abbonamenti ☎ (06) 85082149/85082221 - vendita pubblicazioni ☎ (06) 85082150/85082276 - inserzioni ☎ (06) 85082146/85082189

L. 9.000